Anno XXVI — Roma, 22 giugno 1919 — Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

La spasmofilia nell' infanzia.

aiuto e docente di Clinica pediatrica.
per il dott. T. LUZZATTI,

La frequenza degli stati convulsivi nell'infanzia in confronto agli adulti è una nozione volgare. Ma solo in seguito a ricerche moderne la loro patologia è uscita da un periodo di pregiudizi e di incertezze per entrare in un terreno più sicuro e scientifico. Sebbene in proposito molte siano ancora le questioni insolute, molte le ipotesi, si sono tuttavia già raggiunti notevoli risultati pratici in rapporto alla loro diagnosi, prognosi, profilassi e cura. Alcune questioni interessano anche il medico generale. Ho quindi accolto volentieri l'invito della Redazione del *Policlinico* di riassumere la questione, tanto più che il medico si trova molto spesso nella sua pratica infantile di fronte a questo sintomo, le convulsioni generali o parziali, sempre impressionante, ma non sempre bene interpretato. Non intendo di trattare per esteso il vasto argomento delle convulsioni infantili, ma di riferire e solo da un punto di vista pratico, su una forma speciale di queste, le convulsioni spasmofile, che pur essendo frequenti ad osservarsi, non sono da tutti ancora bene conosciute, e perciò più facilmente danno luogo ad erronee interpretazioni.

L'indagine clinica moderna ha potuto isolare e definire uno stato morboso fondamentale, caratteristico dell'infanzia, la *spasmofilia,* intorno al quale si possono raggruppare diverse sindromi convulsive, le *convulsioni spasmofile,* che non hanno alcun rapporto con stati convulsivi d'altra natura, come quelli dovuti ad affezioni organiche del sistema nervoso centrale e, secondo la maggior parte dei pediatri, anche all'epilessia genuina e all'isteria. A questo stato si era dato prima il nome di tetanoide, perchè si era osservato per la prima volta nella teta-

nia. Questo termine appare però oggi troppo restrittivo, poichè la tetania non è che una delle manifestazioni cliniche di questo speciale stato patologico; più estensiva è la denominazione di stato spasmofilo (alcuni parlano addirittura di diatesi spasmofila) o di spasmofilia.

Questo particolare stato fondamentale del sistema nervoso-muscolare infantile è caratterizzato da un'*ipereccitabilità elettrica e meccanica*, la quale è permanente, cioè esiste anche nei periodi di quiete delle manifestazioni convulsive, delle quali rappresenta per così dire il sostrato clinico (*spasmofilia latente*). Esso determina una disposizione a svariate sindromi accessuali spasmodiche, parziali o generali, toniche, cloniche, o tonico-cloniche, che possono insorgere in seguito a diverse cause occasionali (*sindromi spasmofile manifeste*).

Il fenomeno più costante è l'*ipereccitabilità elettrica*. Questa assume un'importanza tanto maggiore in quanto, a differenza di quella meccanica, è misurabile e rende così possibile di riconoscere i primi accenni di deviazione dalla norma. È un'indagine però che nei bambini richiede una grande abilità tecnica e una grande pazienza; specialmente al medico pratico non è sempre dato di poterla fare. Così che per la pratica hanno certamente maggiore importanza i segni dell'ipereccitabilità meccanica, i quali però sono meno precoci e costanti. L'esame si fa sul n. mediano o peroniero o facciale, tenendo conto dei diversi valori di contrazione di questi nervi. Il peroniero è da preferirsi nei bambini indocili. Può essere richiesta la narcosi; in genere però non è necessaria. Per l'esame basta per lo più un apparecchio galvanico con milliampermetro, applicando l'elettrode differente normale di Stinzig sul punto eccitomotore del nervo e l'indifferente sul tronco.

Cimentando uno di questi nervi in un bambino spasmofilo, si producono contrazioni con correnti d'intensità assai minore a quella necessaria per avere contrazioni in bambini normali; anche la contrazione tetanica insorge con correnti molto più deboli che nella norma (*ipereccitabilità galvanica dei nervi motori* o *fenomeno di Erb*). Lo stesso fatto si osserva con la corrente faradica, ma è meno costante e sicuro, come molto meno netta è l'ipereccitabilità galvanica e faradica dei muscoli. Dobbiamo a Thiemich e Mann, e in seguito a parecchi altri OO., uno studio più profondo della *legge di contrazione galvanica dei nervi motori nella spasmofilia*. Con una corrente debolissima si può ottenere una contrazione alla chiusura del catode (CCC): bastano talora correnti d'intensità inferiore ad 1 M. A. Però più dimostrativa sarebbe secondo alcuni AA., una contrazione alla apertura del catode con correnti d'intensità inferiore ai 5 M. A. Di fronte a quest'ipereccitabilità catodica avrebbe acquistato, specialmente per merito di OO. francesi (Weil, Babonneix, Harvier), una maggiore importanza l'ipereccitabilità anodica. Sopratutto dimostrativa sarebbe una contrazione all'apertura dell'anode (CAA) con correnti d'intensità inferiore ai 5 M. A. In generale anche la contrazione alla chiusura dell'anode (CCA) compare con correnti d'intensità inferiori alla norma. Da questi dati risulta adunque che nella spasmofilia si ha un'alterazione non solo quantitativa, ma anche qualitativa della contrazione galvanica; le contrazioni d'apertura avrebbero più valore che quelle di chiusura, nel senso che sarebbero l'indice d'una maggiore ipereccitabilità elettrica. Riporto lo schema di Thiermich e Mann, nel quale sono indicati i *valori medi* pei bambini normali, con spasmofilia (tetania) latente, manifesta o pregressa, valori confermati presso a poco dalle osservazioni degli altri AA.

	Corrente galvanica in M. A.			
	CCC	CCA	CAA	CAC
Bambini normali:				
sotto l' 8ª settimana	2.61	2.92	5.12	9.28
oltre l' 8ª settimana	1.41	2.24	3.63	8.22
Bambini con spasmofilia (tetania):				
manifesta	0.63	1.11	0.55	1.94
latente	0.70	1.15	0.95	2.23
pregressa	1.83	1.72	>2.3	>7.9

È opportuno di esaminare sempre tutte le forme di contrazione. Poichè inoltre le oscillazioni individuali possono essere notevoli, è bene di tenere in considerazione non solo i valori medi, ma anche gli estremi. Pare anche che, esaminando giornalmente un bambino spasmofilo, si possano osservare oscillazioni in più od in meno od anche transitori valori normali. Quindi un giudizio sicuro non si darà al caso che dopo ripetuti esami. Thiemich e Mann avrebbero notato anche che l'ipereccitabilità galvanica non si trova tavolta durante o subito dopo un accesso eclampsico, mentre ricompare dopo qualche giorno. Per causa di queste restrizioni è certo che, a meno che non si tratti di un'ipereccitabilità evidente ed accentuata, l'importanza *pratica* di questo fenomeno per la diagnosi di spasmofilia latente viene ad essere limitato, richiedendo, come ho già detto, quest'esame una grande abilità tecnica ed una grande pazienza.

Comunque si può affermare che *una formula di contrazione elettrica costantemente normale in un bambino, che soffre di convulsioni, esclude con grande probabilità la loro natura spa-*

smofila, mentre una formula di contrazione spasmofila in un bambino indica che per lo meno in esso esiste uno stato spasmofilo. Se questo bambino non ha ancora avuto mai convulsioni, si tratterà di una spesmofilia latente: questo bambino è un candidato alle convulsioni spasmofile; in seguito ad una causa occasionale la sua spasmofilia latente potrà trasformarsi in una sindrome convulsiva manifesta. Se si tratta invece di un bambino con convulsioni, queste potranno essere di natura spasmofila oppure vi sarà coincidenza dello stato spasmofilo con convulsioni d'altra natura, anche organiche. Quindi la deduzione diagnostica riguardo alla natura delle convulsioni non potrà essere in questo caso così assoluta, come nel primo. Basandosi soltanto sui risultati dell'esame elettrico, come del resto anche su quelli dell'ipereccitabilità meccanica, si potrebbe incorrere in gravi errori diagnostici e prognostici. Queste mie due osservazioni lo dimostrano. In un caso si trattava di un bambino di 3 anni circa còlto improvvisamente da convulsioni a tipo jacksoniano; un egregio collega aveva posto la diagnosi di tetania, perchè vi erano il segno del facciale e spasmi carpo-pedali; senonchè qualche giorno dopo comparvero sintomi chiari di meningite tubercolare. Evidentemente in questo caso vi era coincidenza d'una spasmofilia con la meningite tubercolare, la quale aveva resa manifesta una tetania latente; le convulsioni a tipo jacksoniano dovevano indirizzare verso la diagnosi di convulsioni organiche e non d'eclampsia spasmofila. In un secondo caso era stata posta invece la diagnosi di meningite in un bambino còlto improvvisamente da convulsioni e febbre elevata, mentre le convulsioni cessarono presto, manifestandosi il quadro dell'influenza; vi erano i segni dell'ipereccitabilità meccanica. Anche in questo caso vi era adunque un'associazione della spasmofilia con l'influenza. Lo stato generale, l'abito, i fenomeni concomitanti, l'esame somatico, il comportamento nei periodi interaccessuali, l'età, l'anamnesi, remota, recente, familiare sono tutti criteri che si devono tenere in conto per una diagnosi precisa. A proposito dell'esame elettrico si deve conchiudere dunque che, come una reazione biologica non ha un valore assoluto per la diagnosi clinica, così l'esame elettrico non ha un'importanza predominante sul complessivo esame clinico. Ciò non ne esclude naturalmente l'importanza; quest'esame dovrebbe anzi far parte, almeno degli ospedali infantili, della storia clinica d'ogni bambino, come ormai altri esami, p. e., la cutireazione alla tubercolina.

Una grande importanza diagnostica hanno i fenomeni d'*ipereccitabilità meccanica*. Però essi sono in genere più manifesti in quei casi di spasmofilia, che hanno già dato luogo a manifestazioni spasmodiche; essi hanno quindi maggior valore per convalidare la diagnosi di natura di una sindrome convulsiva che per la diagnosi d'una spasmofilia latente. Nella spasmofilia latente possono mancare, mentre esistono i segni dell'ipereccitabilità galvanica. Percuotendo col martellino un tronco nervoso facilmente accessibile, si provoca una contrazione brusca, fulminea, più o meno diffusa del rispettivo territorio muscolare. Il più noto è il *fenomeno del facciale* (Chwostek): contrazione dei muscoli innervati dal facciale, percuotendo in un punto fra l'arcata zigomatica e l'angolo orale, Pare che nei bambini più teneri sia meno frequente che la ipereccitabilità galvanica: in quest'età la sua assenza non parla contro la spasmofilia, la sua presenza la rende molto probabile. Invece secondo l'opinione di parecchi OO., più tardi, ed anche nell'adulto ha un valore diagnostico, solo quando è molto vivace e diffuso: Herbst su 300 bambini in varia età trovò che il fenomeno è 5 volte più frequente fra l'8°-14° anno che prima e che in quest'età è associato ad altri segni di spasmofilia, solo quando è molto spiccato. Sperck trovò il segno più frequente nelle madri che nei loro lattanti (26 % : 8 % su 300 osservazioni); ma il 70 % dei lattanti con segno positivo erano tetanici, mentre una sola delle madri esaminate presentava altri fenomeni tetanoidi. Il segno isolato è rarissimo nei lattanti, è invece più frequente negli scolari, specialmente in quelli nevropatici; fra gli adulti è più frequente nelle femmine. Sperck ammette un rapporto fra nervosismo e spasmofilia; Thiemich ammette invece che anche nei fanciulli e negli adulti il segno del facciale isolato non sia una stigmata nevropatica, ma un sintomo di latenza d'una spasmofilia iniziatasi nell'infanzia.

Tralasciamo di parlare di altri fenomeni analoghi a carico di altri nervi e muscoli, essendo sufficiente di sapere che in condizioni favorevoli la stimolazione meccanica di qualunque nervo facilmente accessibile può determinare una contrazione: tale è p. e. il fenomeno del peroniero (Lust). Un segno caratteristico è il *fenomeno del Trousseau*: produzione della cosidetta posizione della mano d'ostetrico o della mano a pugno, comprimendo per qualche minuto con le dita sul solco bicipitale interno o con un laccio elastico sul braccio. Però in genere non si riesce a provocarlo che nei casi più accentuati, quando vi sono già altre manifestazioni spasmodiche, delle quali serve benissimo a chiarire la natura.

Il meccanismo fisio-patologico di questi fenomeni d'ipereccitabilità è ancora controverso: una buona discusione in proposito fu fatta da Francioni.

Sul terreno di questo stato fondamentale si svolgono adunque alcune sindromi convulsive già da lungo tempo note. Sui loro caratteri clinici ci fermeremo quindi solo brevemente.

Quello che interessa è affermare l'affinità, che lega fra loro queste varie sindromi d'uno stesso stato fondamentale. Queste sindromi sono:

la *tetania* propriamente detta: spasmi carpo-pedali o spasmi di altri muscoli;

il *laringospasmo* ed altre forme di *spasmi respiratori*;

l'eclampsia infantile.

Queste sindromi si osservano specialmente nella prima infanzia con una frequenza insolita nelle altre età, isolate o combinate fra loro, per lo più in forma accessuale. Gli accessi possono essere fugaci o prolungati, subentranti, unici o ripetuti. Ciò che sempre resta anche nei periodi interaccessuali è lo stato d'ipereccitabilità galvanica e meccanica. La sindrome ha un inizio improvviso, spontaneo, senza causa manifesta, oppure è in rapporto con svariate cause occasionali atte a risvegliarne lo stato di latenza. Il fatto che queste sindromi possono associarsi od alternarsi è un'altra prova, che rende verosimile la loro affinità patogenetica, da alcuni ancora messa in dubbio.

Gli *spasmi tonici,* che caratterizzano la tetania propriamente detta, interessano sopratutto i segmenti distali degli arti, determinando le note e tipiche posizioni abnormi (*spasmi carpo-pedali*): mano ostetrica, mano a pugno con pollice sotto le altre dita, braccio a zampa, spasmi tarso-pedali, specie piede cavo con iperflessione dell'alluce. Questi spasmi sono simmetrici e per lo più transitori. Solo nella *tetania puerile,* che colpisce i bambini dal 4° anno in poi, gli accessi possono essere più prolungati e accompagnati, come nella tetania dell'adulto, da dolori e parestesie, che a mio avviso non mancano però nemmeno nella tetania infantile. Non vi sono disturbi di coscienza. Spesso vi sono edemi, specie quando gli spasmi sono intensi, a carico del dorso delle mani e dei piedi (edemi vasomotori o da stasi o tossici). Gli spasmi possono nei casi gravi diffondersi ad altri o a tutti i muscoli del corpo: nuca (pseudorigidità nucale), tronco (opistotono), muscoli mimici della faccia (*facies tetanoidea*), muscoli oculari esterni (strabismo), ecc. Importante è il fatto che la tetania infantile può interessare anche i muscoli lisci (Ibrahim), come il muscolo ciliare (miosi spastica, variabile ampiezza delle pupille durante gli accessi), lo sfintere anale (meteorismo accessuale), vescicale (ritenzione accessuale d'orina), pilorico (sindrome del pilorospasmo), il miocardio (morte cardiaca improvvisa).

Il *laringospasmo* è la più frequente manifestazione della spasmofilia nei lattanti. Dalle forme lievi, fugaci, caratterizzate dalla tipica inspirazione sibilante, si passa traverso tutte le gradazioni alle forme gravi, con fenomeni asfittici, con diffusione degli spasmi fino alle convulsioni generalizzate, durante le quali può succedere la morte improvvisa. In questo caso sono interessati anche altri muscoli respiratori e specialmente il diaframma (*spasmo freno-glottico*). Lo spasmo tonico dei muscoli respiratori può insorgere anche senza laringospasmo: è questa l'*apnea respiratoria*, una causa frequente di morte improvvisa con reperto anatomico negativo. Queste forme di morte improvvisa hanno anche un'importanza medico-legale.

L'*eclampsia infantile* può presentarsi in forma lieve (contrazioni nel territorio dei muscoli della faccia, arrotamento dei bulbi oculari, smorfie toniche, ecc.) o in forma grave (convulsioni cloniche o tonico-cloniche generalizzate). Queste ultime sono tanto simili all'epilessia genuina, che fino a poco tempo fa, e da alcuni tuttora (Feré) erano considerate come una forma d'epilessia, cui l'età e il decorso davano un'impronta speciale. Come vedremo in seguito, non v'ha dubbio che alcuni casi d'eclampsia infantile sono d'origine epilettica ed altri d'origine organica; però oggi non si può più dubitare che vi è una forma d'eclampsia, che nella prima infanzia è anche forse la più frequente, che si svolge sul terreno d'una spasmofilia latente o manifesta. Anche nella puerizia si osserverebbe, per quanto più raramente, una forma simile: *forma puerile o tardiva dell'eclampsia spasmofila.*

La patogenesi della spasmofilia è ancora molto oscura; per lo meno non ne conosciamo la causa fondamentale. Per il momento conosciamo solo alcune condizioni patogenetiche atte più che a determinare lo stato patologico fondamentale ad influire sulle sue manifestazioni convulsive, sia come cause occasionali o determinanti, sia come cause predisponenti.

Fra le cause occasionali sono da annoverarsi l'inizio di affezioni febbrili acute, come nei due esempi sopra citati, o le esacerbazioni improvvise di affezioni croniche, i disturbi e le alterazioni del respiro: pianto, grido, esame delle fauci, sondaggio gastrico, pertosse. Nei bambini spasmofili, che hanno già avuto accessi gravi di laringospasmo l'esame delle fauci e simili manovre vanno fatte con prudenza. Nella pertosse degli

spasmofili si possono vedere insorgere gravi accessi laringospastici, accessi di freno-glottismo o di apnea respiratoria. Wernstädt ed altri avrebbero notato un rapporto fra l'intensità degli accessi di pertosse o pseudopertosse e l'ipereccitabilità galvanica: i bambini con accessi più violenti reagirebbero allle correnti più deboli. Anche il meteorismo gastro-intestinale, i pasti troppo voluminosi, lo stomaco pieno possono probabilmente essere una causa occasionale degli accessi di spasmo respiratorio: sono descritti casi di morte improvvisa per apnea respiratoria in seguito a tali condiizoni. Che la dentizione ed altri eccitamenti patologici, p. e. l'elmintiasi, le ragadi anali, le coliche, ecc., possono talvolta nei bambini spasmofili determinare convulsioni, non crediamo si possa dubitare; crediamo anzi che p. e. il regolare ripetersi di fenomeni convulsivi generali o parziali ad ogni eruzione dentaria possa essere un prezioso indizio sul temperamento spasmofilo di un bambino. In una mia osservazione il primo accesso di tetania e laringospasmo insorse durante l'eruzione dei primi incisivi, a 7 mesi, e si ripetè in seguito per 3 volte soltanto nei periodi di dentizione, fino a che scomparve la disposizione con la cura adatta. In questo senso, introducendo cioè il concetto del temperamento, devesi modificare a mio avviso il concetto delle cosidette malattie da dentizione, che tanto favore incontrano ancora fra i profani.

Una speciale predisposizione agli stati spasmofili è data dall'eredità e dalla familiarità, specie se si tien conto non solo dell'eredità similare, ma anche di quella dissimilare (stati neuropatici e neurodegenerativi negli ascendenti), ciò che dimostrerebbe un certo rapporto fra spasmofilia e nervosi in generale. Sembra invece, almeno in base a dati statistici, che l'epilessia degli ascendenti non sia un fattore predisponente alla spasmofilia dei figli (Thiemich). Un'influenza indiscutibile ha l'età: la spasmofilia si inizia per lo più al 4°-6° mese, ha un massimo di frequenza al 2° anno ed è assai rara nell'età successive; sono descritti rari casi al 2°-3° mese, nessuno fra i neonati. Francioni però non escluderebbe la possibilità di una spasmofilia anche in quest'età. Una curiosa influenza hanno le stagioni: rare nell'estate, le sindromi spasmofile cominciano ad essere più frequenti in autunno e raggiungono il massimo alla fine dell'inverno e al principio di primavera (da gennaio a marzo). Questi dati risultano però da statistiche fatte nei paesi nordici; se lo stesso fatto si verifichi anche nelle regioni meridionali non potrei dire. Certamente vi deve influire il fatto della prolungata permanenza in ambienti mal ventilati, come vi influisce l'aria viziata, i disturbi respiratori da adenoiditi croniche (Valdameri), le abitazioni misere (la spasmofilia è più rara fra le classi agiate). Pare che vi sia anche una diversa frequenza a seconda della località geografica: in Roma le sindromi spasmofile sono alquanto frequenti.

Frequente nei bambini spasmofili è l'abito linfatico: si tratta specialmente di bambini «pastosi», con cute pallida, un po' tumida, con abbondante, ma flaccido pannicolo adiposo, con tendenza all'adenopatie croniche e all'ipertrofia delle tonsille, agli eczemi od ad altre dermopatie, p. e. lo strophulus. Secondo Moro il laringospasmo sarebbe frequente nei bambini eczematosi.

Assai frequente nei bambini spasmofili è il rachitismo, tanto che Kassowitz ed Hochsinger emisero l'ipotesi di un rapporto diretto fra le due affezioni: la spasmofilia sarebbe un sintomo nervoso della craniotabe rachitica in seguito a processi flogistici delle ossa craniche, determinanti un'iperemia collaterale e disturbi circolatori nella corteccia cerebrale. L'esistenza d'una «tetania dei rachitici» è indiscutibile; anzi, almeno presso di noi, è più frequente trovare una tetania nei rachitici che nei non rachitici. Secondo alcuni però questo rapporto, più che nel senso di Kassowitz, devesi interpretare in altro modo: si tratterebbe cioè di due affezioni che si sviluppano sia in seguito a peculiari anomalie del ricambio, sia in seguito a speciali autointossicazioni, identiche per ambedue le affezioni od affini o reciprocamente influenzabili. L'età preferita dalle due affezioni, l'influenza benefica dell'olio di fegato fosforato in entrambe, una certa identità nelle alterazioni del ricambio minerale, ne sarebbero la prova. Oliari su 1500 rachitici trovò spasmofilia nel 18.4 %, su 337 bambini spasmofili trovò rachitismo nel 78.3 %; fra questi 16 erano lattanti al seno, dei quali 11 rachitici. Curshmann descrive in un adultlo ventenne un caso di rachitismo tardivo con tetania guarita di pari passo col miglioramento del rachitismo.

L'influenza dell'alimentazione sulla spasmofilia ha la massima importanza ed è su essa che si rivolsero le più importanti indagini moderne, le quali ancora una volta dimostrano che la patologia infantile in genere, e nel caso speciale anche la patologia nervosa dell'infanzia, non devono fondarsi soltanto sull'anatomismo clinico, ma su più vaste basi biologiche. Non solo nella spasmofilia sono frequenti i disturbi della nutrizione (Finkelstein), ma con un'adatta alimentazione si può spesso modificarne il decorso, fino a far scomparire la sindrome convulsiva, mentre un'alimentazione irregolare per qualità o quantità ne prolunga o ne aggrava il decorso.

La rarità della spasmofilia nei lattanti al seno e la sua frequente guarigione per mezzo d'un allattamento naturale sono fatti, che sicuramente si osservano. Non mancano però casi di tetania nei lattanti al seno, ciò che dimostra che l'alimentazione non è l'unico fattore predisponente. Secondo alcuni la tetania dei lattanti al seno potrebbe avere un'origine materna. Gregor e Finkelstein dimostrarono: 1° che la dieta idrica (digiuno) può far rapidamente scomparire l'ipereccitabilità galvanica e i fenomeni spastici; 2° che l'allattamento naturale od una transitoria dieta farinacea rendono permanente questo ritorno allo stato normale; 3° che l'allattamento artificiale non solo non modifica lo stato dei spasmofili, ma per lo più l'aggrava o provoca una ricaduta, se con una dieta razionale era stata prima modificata. Su questi fatti gli AA. fondarono la loro teoria nutritiva o diatesica della spasmofilia. In base a queste osservazioni si cercò di indagare quale fosse l'influenza dei singoli componenti del latte di vacca sulla spasmofilia, ma finora con risultati veramente poco probativi. Secondo Finkelstein la causa dei disturbi in rapporto con la alimentazione non sarebbe dovuta nè al grasso nè alla caseina nè al lattosio, poichè la loro aggiunta ad una dieta *antispastica* non ha alcuna influenza dannosa. Invece il siero di latte avrebbe la stessa influenza perniciosa del latte di vacca intero, così che egli ammette che il fattore alimentare della spasmofilia sia da ricercarsi nei componenti disciolti nel siero. E poichè sperimentalmente l'eccitabilità della sostanza nervosa sarebbe in sommo grado influenzata dalla concentrazione di alcuni ioni (calcio, magnesio), si ammise che tale componente fosse una sostanza minerale, p. e., il calcio che nel latte di vacca è contenuta in quantità molto maggiore che in quello di donna. Però questa sostanza non avrebbe un'azione spasmogena diretta, altrimenti tutti i bambini allattati artificialmente ne dovrebbero risentire l'effetto: secondo Finkelstein si tratterebbe probabilmente di un'anomalia del ricambio intermedio, per cui la sostanza acquisterebbe proprietà spasmogena.

Nonostante le osservazioni, ormai molto numerose, sui rapporti fra i sali di calcio ed i sali in genere e la spasmofilia, le contraddizioni sperimentali e cliniche non mancano, anche dopo che, dimostrata erronea la teoria di Stoelzner, secondo la quale la spasmofilia sarebbe dovuta ad una ritenzione (stasi) di calcio nell'organismo, si ammise, in seguito alle osservazioni di Loeb, Sabbatani, Roncoroni e Regoli, Quest, Rosenstern, Cybulski e Schabad, ecc., che, se il calcio per sè o nei suoi rapporti cogli altri ioni ha un'influenza sulla spasmofilia, questa sarebbe invece da ritenersi dovuta ad un impoverimento assoluto o relativo del calcio nel sistema nervoso centrale e nell'organismo.

Non si può dunque ancora accettare senza discussione la teoria di Finkelstein, non potendosi ancora dire con sicurezza quale sia l'elemento che nell'alimentazione influisce sulle manifestazioni spasmofile. Si può solo affermare questo, che *in alcuni bambini* l'alimentazione ha un'influenza molto evidente sul decorso della spasmofilia. In alcuni, non in tutti i bambini spasmofili! Infatti già Finkelstein aveva notato, che se vi sono bambini spasmofili, nei quali la dieta razionale determina la regressione dei fenomeni morbosi, ve ne sono altri, nei quali non si osserva quest'influenza: i primi sono generalmente bambini bene sviluppati o bambini grassi, ipernutriti, i cosidetti linfatici pastosi od essudativi, i secondi sono bambini gracili, magri, dispeptici od atrofici.

Importanti in proposito sono le osservazioni di Zybell. Questi avrebbe notato che il digiuno (dieta idrica) determina abbastanza regolarmente un aumento dell'ipereccitabilità galvanica, che dura per circa 26 ore, dopo le quali in alcuni casi diminuisce in modo rapido e notevole, in altri in modo lento o del tutto incalcolabile. Se il digiuno è prolungato, l'eccitabilità torna ad aumentare. I fenomeni spasmodici o non si modificano affatto (nel 27 % notò anzi un aggravamento o la trasformazione d'una spasmofilia latente in manifesta) o più di rado regrediscono. Quindi secondo l'A. non esiste un'azione antispastica costante del digiuno. Nemmeno il latte di vacca avrebbe una costante azione spasmogena, poichè i fenomeni nervosi spesso guariscono anche senza la sua soppressione nè esiste un rapporto fra il grado dell'eccitabilità e la quantità giornaliera di latte; talora anzi l'A. osservò la rapida regressione dell'ipereccitabilità con una dieta assoluta di latte di vacca. Anche noi vediamo giornalmente negli ospedali infantili bambini con tetania, guarire, nonostante l'allattabento artificiale, *qualora questo sia razionalmente regolato*. Quindi non sarebbe giustificata una controindicazione assoluta, *a priori*, del latte di vacca. Nemmeno la dieta farinacea avrebbe una costante azione antispastica. L'azione benefica dell'allattamento naturale sarebbe d'altronde spiegata dal fatto indiscutibile dello sua superiorità terapeutica in tutti i disturbi della nutrizione.

Dopo queste osservazioni di Zybell è a chiedersi quale valore abbiano le indagini degli AA. precedenti e se i loro risultati non si possano interpretare in altro modo. L'alimentazione potrebbe infatti influire sullo stato spasmofilo sol-

tanto indirettamente, per la via cioè dei disturbi nutritivi che determina: a seconda del metodo più o meno razionale d'alimentazione, sia naturale, sia innaturale, questi disturbi nutritivi possono migliorare od aggravarsi ed influire così a loro volta sulla spasmofilia per le modificazioni della digestione esterna ed interna che si producono (autointossicazioni). Ma un alimento spasmogeno od antispastico diretto non esisterebbe. Il trattamento dietetico della spasmofilia non dovrebbe quindi essere regolato da norme troppo assolute, ma limitarsi nei singoli casi a scegliere quel genere d'alimentazione, che garantisca al massimo uno sviluppo regolare della nutrizione del bambino: in altre parole per influire dieteticamente sulla spasmofilia si dovrebbe fare solo un trattamento del disturbo nutritivo, quasi costantemente presente, conforme ai principî generali della terapia nutritiva.

L'alimentazione irrazionale è una sorgente di intossicazioni, come le infezioni acute e croniche, ed è noto quanto le produzioni autotossiche e tossiche siano più facili nei bambini che negli adulti e come i primi siano più vulnerabili dei secondi alla loro azione. Mentre in condizioni normali tutti i prodotti tossici vengono eliminati od inattivati dai vari organi depuratori (epiteli intestinali, fegato, ghiandole endocrine, ecc.), in condizioni patologiche questi organi possono essere alterati in modo da rendere possibile una più intensa azione di tali prodotti sull'organismo in genere e sul sistema nervoso in modo speciale. È a chiedersi quindi se anche nella spasmofilia non si trovino insufficienze funzionali di tali organi depuratori.

Un' insufficienza funzionale del fegato nella eclampsia infantile fu dimostrata da Mya, e Longo ne diede la dimostrazione anche per la tetania.

Le ricerche patogenetiche sulla spasmofilia fecero inoltre pensare ad un rapporto fra la tetania e le paratiroidi. È noto che la tetania post-operatoria è una tetania paratireopriva (Vassale, ecc.). L' ipotesi d' un' origine paratiroidea della tetania infantile, emessa per la prima volta da Escherich, parve confermata dalle ricerche di Erdheim, Janase, Strada, Fischer, Harvier, ecc., i quali riscontrarono con grande frequenza lesioni delle paratiroidi nei bambini spasmofili a differenza di quelli normali. Tra le lesioni si trovò: degenerazione amiloide, tubercoli miliarici, noduli infiammatori, embolie batteriche, e sopratutto focolai emorragici o i loro relitti ed ipoplasie. In seguito però altri AA. (Curshmann, Schiffer e Rheindorf, Eckert, Grosser e Betke, Auerbach, Iürgensen, ecc.) non riscontrarono alterazioni dellle paratiroidi in casi sicuri di spasmofilia o riscontrarono lesioni delle paratiroidi in bambini sicuramente non spasmofili. Vero è che le paratiroidi, come le altre ghiandole endocrine, potrebbero essere funzionalmente insufficienti, anche senza presentare alterazioni anatomiche. Però una teoria non si può basare su una tale ammissione ipotetica, e la questione non si può quindi considerare ancora come risolta, sebbene i rapporti patogenetici fra la spasmofilia e l'insufficienza paratiroidea congenita od acquisita sembrano giustificati dall'influenza, messa in rilievo dalle indagini moderne, anche di altre ghiandole endocrine nella genesi di anomalie costituzionali. Le paratiroidi sembrano inoltre avere effettivamente un'influenza sul ricambio del calcio e del magnesio. Cozzolino pensa invece ad una sindrome pluriglandolare. Pepere ammette una supplenza funzionale del cosidetto organo para-paratiroideo-timico, Franchetti un rapporto con lo stato timico.

Secondo il concetto della spasmofilia, sostenuto da coloro che non accettano la pura teoria alimentare, si dovrebbe ammettere che le sostanze tossiche, originate nel tubo gastroenterico o nel ricambio intermedio o d'altra origine, non venendo inattivate per un'insufficienza funzionale, congenita od acquisita, degli organi antitossici, depuratori, vengano ad esercitare un'azione patogena sull'organismo o sul sistema nervoso in special modo vulnerabile dei bambini, sia direttamente, sia, come è più plausibile, indirettamente per la via del ricambio minerale o calcico.

Per spiegare lo scoppio delle sindromi convulsive alcuni AA. (Longo) cercano anche d'introdurre il concetto dell'anafilassi. La teoria infettiva non ha per ora alcun sicuro fondamento.

I reperti anatomici, che talora si incontrano nella tetania ed eclampsia, non rappresenterebbero il sostrato anatomico delle sindromi convulsive, ma sarebbero da considerarsi come accidentali lesioni concomitanti oppure correlative a tetanie ed eclampsie sintomatiche. L'istologia patologica delle sindromi spasmofile è ancora *sub judice,* quanto quella delle altre affezioni funzionali del sistema nervoso.

Le sindromi spasmofile si devono distinguere dalle altre forme di convulsioni funzionali ed organiche che non hanno alcun rapporto con l'ipereccitabilità elettrica e meccanica e che si riscontrano con tanta frequenza nell'infanzia. Anche oggi, in cui la dottrina della spasmofilia incontra tanto favore, si deve sempre annoverare fra i precipui fattori della facile convulsionabilità dell'infanzia la condizione del sistema nervoso in via di tumultuosa evoluzione formativa e funzionale, e quindi più vulnerabile all'azione degli agenti patogeni, insieme all'incompleto

sviluppo del cervello e alla sua deficiente funzione inibitrice, con prevalenza della funzione riflessa spinale (teoria di Soltmann).

Fra le convulsioni organiche e funzionali non spasmofile, ve ne sono parecchie che rassomigliano clinicamente all' eclampsia spasmofila, mentre sono relativamente poche quelle che rassomigliano al laringospasmo e alla tetania. Faremo un breve cenno sulle diagnosi differenziali.

Il *tetano dei neonati* non può confondersi colla tetania per la sua precocità, per il prevalente trisma, per i caratteristici accessi di spasmi riflessi. Maggior difficoltà presenta talora la diagnosi differenziale della tetania, specialmente di quella forma di *tetania persistente,* che può durare per mesi, dalla cosidetta *ipertonia muscolare dei neonati* o *miotonia,* tanto più che anche in questa forma vi possono essere posizioni abnormi delle braccia, delle mani, delle gambe, dei piedi e una specie d'ipereccitabilità meccanica, che può confondersi con quella della spasmofilia. La diagnosi differenziale appare tanto più ardua in quanto esisterebbe una forma d'ipertonia muscolare dei primi mesi di vita senza ipereccitabilità galvanica, che si potrebbe considerare come abbiamo già detto, quale il tipo che assume la spasmofilia nel neonato, nel quale vi è un'ipoeccitabilità del sistema nervoso periferico.

Vi è però una forma di ipertonia muscolare dei lattanti, che si presenta quasi sempre nelle prime settimane di vita ed è per lo più associata a gravi processi settici o gravi disurbi nutritivi, a sifilide maligna, ecc., e talvolta ad altri fenomeni d'irritazione o di paralisi cerebrale; questa forma ha una prognosi grave. Nella sua forma lieve può confondersi con l'*ipertonia fisiologica dei neonati,* nella quale però a differenza della tetania manca l'ipereccitabilità galvanica. Gregor avrebbe osservato una forma di ipertonia generalizzata con ipereccitabilità galvanica in lattanti in seguito a disturbi nutritivi cronici, specie da abuso di farinacei. Nei bambini di 4-8-11 anni è stata osservata una forma spasmodica, la cui etiologia non è ancora chiara, il *pseudo tetano* (*contratture tetaniformi*) (Escherich) che può somigliare tanto alla tetania che al tetano Clinicamente somiglia più al tetano traumatico, dal quale si distingue per l'assenza di una etiologia traumatica (che però ha un valore relativo, bastando per il tetano anche traumi minimi, così frequenti nei bambini), per il reperto negativo del bac. del tetano, per l'inizio e la prevalenza degli spasmi agli arti inferiori, per il lieve trisma e sopratutto per il decorso favorevole. Mentre Escherich lo considera come una forma speciale di tetania puerile (ed effettivamente in alcuni casi fu constatata l'ipereccitabilità galvanica, che manca però in parecchi altri), Pfaundler avrebbe in un caso simile trovata in circolo la tetanotossina, mentre Cattaneo ammette con maggior probabilità una forma isterica. Anche nella nostra Clinica abbiamo osservato un caso di pseudotetano, nel quale l'origine isterica era assai verosimile.

La diagnosi differenziale della tetania dagli *stati spastici organici, cerebrali* è invece più facile: meningiti, paraplegie o tetraplegie spastiche (paralisi cerebrali infantili da porencefalia, microgiria, encefaliti acute o croniche, sclerosi o sifilide cerebrale), idrocefalo cronico tardivo senza macrocefalia idrocefalica. L'osservazione dei bambini negli intervalli accessuali, la presenza di altri sintomi cerebrali, specialmente unilaterali (muscoli oculari!) iperiflessia!), l'idiozia, talora con microcefalia (rigidità microcefalica), l'assenza d'ipereccitabilità galvanica, ecc., permetteranno la diagnosi.

Forme di laringospasmo non spasmofilo sono eccezionali. Alcuni casi di Heubner ne dimostrerebbero però la possibilità e sarebbero da lui interpretati come forme atipiche d'epilessia genuina. Secondo Thiemich sarebbero in rapporto piuttosto con l' epilessia sintomatica, specialmente d'origine luetica. Nel corso d'affezioni cerebrali organiche, specie nell'idiozia grave, si osservano talvolta accessi che ricordano il laringospasmo, per lo più associati ad altri sintomi bulbari o pseudobulbari (disfagia, disturbi motori della lingua, ecc.). Non si tratta però d'un vero laringospasmo, ma di disturbi di coordinazione fra l'inspirazione e l'apertura della glottide, d'una specie d'atassia del laringe.

La diagnosi di natura (funzionale od organica? spasmofila o non spasmofila?) delle convulsioni generali dell' infanzia (eclampsia in senso lato) presenta spesso notevoli difficoltà, ed un giudizio sicuro non si potrà spesso dare che dallo stato del bambino nei periodi interaccessuali e dall'ulteriore esame.

Convulsioni generali organiche (*eclampsia sintomatica, convulsioni epilettiformi*) si osservano in quasi tutte le affezioni del sistema nervoso infantile. Come è noto, possono essere generali fin dall'inizio od iniziarsi come epilessia jacksoniana, nel qual caso si può per lo più conchiudere per la loro origine organica. Si osservano in tutte le meningiti (purulente, tubercolari, sierose), encefaliti acute, meningoencefaliti croniche, sclerosi cerebrale, sindrome della paralisi cerebrale infantile, idrocefalo, tumori cerebrali (le convulsioni possono esserne il sintomo predominante, anche in casi di sede muta: papilla da stasi!), sifilide congenita (nei bambini

gli accessi eclamptici, epilettiformi possono essere il solo segno d'un processo cerebrale luetico, d'una taboparalisi metaluetica, d'una paralisi progressiva giovanile: anamnesi, esame del fondo dell'occhio, reazione di Wassermann), emorragie intracraniche, sottomeningee od intracerebrali, quali p. e. si osservano in seguito ad un parto difficile e talora anche ad un parto normale (convulsioni toniche, talora tetaniformi), epilessia riflessa (da cicatrici craniche, alterazioni del naso, orecchio, altri eccitamenti epilettogeni).

Non è sempre facile di distinguere clinicamente le convulsioni generali funzionali non spasmofile da quelle spasmofile, ed è per questa ragione che le opinioni dei vari AA. sulla frequenza relativa di queste due forme sono molto discordi. Secondo le vedute moderne l'esame dell'ipereccitabilità elettrica e meccanica può risolvere nei casi dubbi la questione, tenendo conto però delle restrizioni indicate a pagine 3-4.

In generale le convulsioni non spasmofile sono indipendenti dall'età e dalle stagioni, anzi, al contrario di quelle spasmofile, prediligono i primi mesi di vita. Insorgono in bambini gravemente malati o moribondi: *convulsioni terminali*, p. e. nella polmonite, nella sepsi, o in altri gravi processi morbosi, e sono dovute a carbossiemia, a disidratazione o a gravi disturbi nutritivi del cervello; non hanno un sostrato anatomico macroscopico positivo nel sistema nervoso centrale. Oppure insorgono in bambini colpiti da gravi disturbi nutritivi: *idrocefaloide acuto* degli AA. antichi o con termine più moderno *forma cerebrale dell'intossicazione alimentare*. Le convulsioni uremiche sono rare nella prima infanzia; in genere prevale la forma comatosa. Oppure insorgono improvvise in bambini apparentemente normali: *eclampsia idiopatica od epilessia genuina*.

L'esistenza dell'epilessia genuina anche nella prima infanzia sembra un fatto accertato. Però la sua diagnosi di certezza non è possibile per la sua rassomiglianza clinica con l'eclampsia spasmofila: si può al più fare una diagnosi retrospettiva, quando dopo anni questi bambini diventano tipici epilettici, ciò che poco serve al letto del piccolo eclamptico! Una diagnosi precoce di probabilità non si può fare che in base ai fenomeni concomitanti e per esclusione: assenza di sintomi cerebrali da lesione organica, di laringospasmo ed altri spasmi respiratori, di ipereccitabilità elettrica e meccanica, ripetizione degli accessi ad intervalli più o meno lunghi, ma abbastanza regolari, senza causa occasionale, loro indipendenza dell'età, dalle stagioni, dall'alimentazione, loro insorgenza anche dopo i 3 anni, presenza di note degenerative, eredità epilettica, alcoolica, ecc.

Il quadro clinico dell'epilessia genuina (grande o piccolo attacco, equivalenti, alterazioni psichiche) è a tutti noto; certamente però l'epilessia infantile presenta caratteristiche speciali, sulle quali però non è possibile d'intrattenerci. Ma poichè l'epilessia s'inizia nella maggior parte dei casi nell'infanzia o nella giovinezza, sarà interessante di accennare a quanto è stato messo in rilievo dai pediatri *sui primi inizi dell'epilessia infantile*. Da quasi tutte le statistiche in proposito risulta che vi sono tre periodi, nei quali a preferenza si osserva lo scoppio di manifestazioni epilettiche nell'infanzia: l'epoca dell'allattamento, l'epoca della scuola e l'inizio della pubertà. Questa è una nozione che è bene tener presente anche a scopo profilattico. Secondo Birk, che si occupò di questa importante questione in base ad un ricchissimo materiale clinico, l'epilessia, che si inizia nei primi anni, si prolunga nelle età successive in due maniere diverse. Per lo più l'epilessia dell'infanzia si prolunga senza interruzione con accessi ad intervalli regolari, più o meno frequenti a seconda dei casi, così che si possono con un'anamnesi retrospettiva seguire fino all'epoca dell'allattamento: viene così riconosciuto il carattere epilettico di queste convulsioni precoci. Il carattere degli attacchi può però variare: dal grande al piccolo attacco, ad equivalenti, assenze o viceversa. In altri casi, meno frequenti, l'epilessia della prima infanzia s'interrompe dopo il 1° anno, e si ha una pausa, durante la quale il bambino o appare normale o presenta alcuni segni, che una volta erano considerati come stigmate d'una costituzione neuropatica: enuresi, terrori notturni, irritabilità, accessi di furore, ecc.; infine scoppiano nuovamente, sopratutto all'età della scuola o alla pubertà, accessi epilettici, che si ripetono poi regolarmente. Anche in questo caso secondo Birk gli accessi precoci sarebbero di natura epilettica per la costante assenza dei segni di ipereccitabilità elettrica e meccanica. Importante adunque dal punto di vista pratico, profilattico e talora anche medico-legale è di sospettare un'epilessia precoce in quei bambini, che avendo sofferto nel primo anno di convulsioni non sicuramente spasmofile, presentino uno o più dei sintomi citati (enuresi, terrori notturni, ecc.) (Vogt). Certamente è da notarsi però che questi sintomi non hanno quest'unica genesi. L'epilessia genuina si deve in ogni caso differenziare rigorosamente da quella sintomatica, come sopra abbiamo accennato.

Nella diagnosi differenziale tra *isteria infantile* ed epilessia s'incontrano assai spesso grandi

difficoltà, non tanto rispetto all' isteria, i cui accessi sono generalmente abbastanza caratteristici, quanto per la frequente atipia dell'epilessia infantile: come dice Gött, in pediatria è più facile prendere un'epilessia per isteria che viceversa. L' epilessia infantile presenta infatti sovente spiccate stigmate psicogene. Si nota infatti che veri accessi epilettici cessano non di rado rapidamente con l'isolamento o forme speciali di piccolo male sono provocate da eccitamenti psichici. Così che in quest'età la diagnosi vaga d'istero-epilessia si suol fare con maggior frequenza che nelle età successive. Ma troppo lungi dal nostro tema ci porterebbe la trattazione di questo argomento.

La *prognosi* delle convulsioni organiche dei lattanti è in rapporto con l'estensione e l'intensità del processo cerebrale, col suo carattere stazionario o progressivo, ecc. In genere non è benigna, in ogni modo riservata in quanto al risanamento completo, poichè per lo più si svolge il quadro dell'epilessia sintomatica permanente o dei postumi della paralisi cerebrale infantile (contratture, deficienza psichica). Non sempre fausta, come comunemente si crede, è la prognosi delle convulsioni funzionali: specialmente pericolosi sono gli spasmi respiratori, che possono essere causa di una morte improvvisa per asfissia o per insufficienza cardiaca. Quest'ultima sembra verificarsi con una certa frequenza nei bambini spasmofili con abito spiccatamene linfatico; molti casi di cosidetta morte improvvisa timica sarebbero da riferirsi ad essa. Quanta e quale parte vi abbiano anche le alterazioni di ghiandole endocrine non si può ancora dire con sicurezza, per quanto appaia assai probabile il loro intervento. Una prognosi infausta hanno le convulsioni che insorgono nel corso della pertosse. La polmonite da aspirazione, l' affezione nutritiva fondamentale, l'iperpiressia, ecc., possono essere inoltre una causa indiretta di morte nelle convulsioni funzionali infantili.

Una questione molto interessante anche per il medico generale è quella che riguarda l'*avvenire lontano dei bambini, che soffersero nella prima infanzia di convulsioni spasmofile*.

L'opinione di quei clinici, specialmente neurologi e psichiatri (Aschaffenburg), che considerano tutte le eclampsie infantili come i primi accenni dell'epilessia genuina, non sembra ammissibile per la sproporzione fra la frequenza della epilessia negli adulti e le convulsioni funzionali nei bambini (secondo Thiemich-Birk su 10,000 adulti circa 12 epilettici, su 10,000 bambini circa 100 eclamptici). Certamente, come abbiamo già detto, una parte delle convulsioni funzionali dell'infanzia sono da considerarsi di natura epilettica. Ma cosa accade dei bambini spasmofili, di quelli cioè che non soffrono di convulsioni epilettiche?

Importanti in proposito sono le osservazioni di Thiemich e Birk e di Potpeschingg. Su 88 bambini, che furono affetti da tetania, nessuno diventò epilettico; in quasi tutti le convulsioni cessarono; in alcuni si ripetevano verso il 5°-8° anno, ma coi caratteri delle convulsioni spasmofile (eclampsia tardiva od epilessia tetanoide o spasmofila). Invece alcuni bambini, che avevano sofferto di eclampsia non spasmofila, divennero poi epilettici. D'altra parte pochi dei bambini, che avevano sofferto di spasmofilia, si svilupparono in seguito normalmente: nei più residuarono deficienza fisica e psichica e segni psico- e neuropatici: infantilismo, strabismo, durezza di udito, disurbi della favella, terrori notturni, sonnambulismo, enuresi, iperiflessia, tics, eccitabilità, tendenza alle bugie, ecc. Questa tendenza agli stati neuro e psicopatici rende quindi meno benigna anche la prognosi delle convulsioni spasmofile, sebbene sempre più benigna di quella dell'epilessia genuina precoce.

La *terapia* medicamentosa degli accessi di convulsioni spasmofile è limitata. Negli accessi eclamptici e nel laringospasmo agisce molto bene e rapidamente l'idrato di cloralio per clisma. Da usarsi è anche il bromuro di sodio a dose piuttosto elevata e prolungata o il bromuro di calcio. Sono usate anche le inalazioni di cloroformio, però con effetto dubbio nel laringospasmo e negli altri spasmi respiratori in causa dell'immobilità respiratoria. L'accesso di spasmo respiratorio si può interrompere con mezzi meccanici; eccitamenti sulla cute, sulla mucosa naso-faringea, con l'esposizione all'aria libera e fresca, spruzzamenti d'acqua fredda, docciatura fredda sul petto e dorso e poi mettere subito il bambino in un letto caldo e fargli frizioni a secco. Nei casi gravi di spasmi respiratori si ricorre da taluno alla respirazione artificiale, la quale però poco giova, se la glottide è chiusa, o all' intubazione o tracheotomia, che però sono inutili, se vi è spasmo diaframmatico. Spesso nelle sindromi spasmofile giova il bagno caldo. In taluni casi d'eclampsia, specie se vi è idrocefalo, fu riconosciuta l'utilità della puntura lombare. A mio avviso però, l'iperidrosi meningea non è costante nella spasmofilia, come alcuni ammettono.

L'utilità dell'olio di fegato di merluzzo con fosforo metallico è così concordemente assicurata da tutti i clinici, che alcuni arrivano fino a considerarlo come uno spècifico. Finkelstein ammette l'ipotesi che la sua azione deve riferirsi alla proprietà dell'olio di fegato di merluzzo di

essere un estratto di organi. Sembra che la sua azione curativa sia dovuta all'olio di fegato, poichè il fosforo sciolto in olio di sesamo o in emulsione d'olio di mandorle non avrebbe la stessa azione, mentre sarebbe attivo l'olio di fegato solo: il fosforo non farebbe che aumentarne l'azione (Rosestein, Schabad). Specialmente nella spasmofilia dei rachitici è di un'efficacia indiscutibile. Utilissima è anche la combinazione dell'olio di fegato fosforato con la somministrazione di sali di calcio (cloruro o lattato o acetato di calcio ad alte dosi: gr. 2-3 al giorno).

L'uso della paratiroidina ha dato finora risultati assai incostanti, al contrario di quanto fu osservato nella tetania post-operatoria o sperimentale (sopratutto col trapianto delle ghiandole). Come in ogni opoterapia, sarebbe da preferirsi l'uso di ghiandole fresche. Pare che il trattamento combinato di paratiroidina e sali di calcio sia in qualche caso giovevole (Concetti). Accenneremo che è stata tentata anche la cura colesterinica per iniezioni, come nel tetano.

Condizione fondamentale per l'esito di ogni cura antispastica è un razionale trattamento dietetico dei disturbi digestivi e nutritivi esistenti. Quantunque a mio avviso non si possa ammettere in senso assoluto che la terapia delle convulsioni spasmofile sia sopratutto una terapia alimentare, nel senso che l'alimento abnorme possa avere un'azione spasmogena diretta, è certo che la spasmofilia è da riferirsi spesso ad autointossicazioni, fra le quali quelle d'origine alimentare hanno nella patologia infantile la massima importanza, così che si deve ad esse proporzionare la terapia alimentare. Il latte di vacca, come alimento innaturale, ha certamente nella maggior parte dei casi un'influenza dannosa sullo stato spasmofilo; la sua soppressione è quindi indicata in tutti i casi, nei quali è possibile, sebbene non manchino casi di bambini spasmofili che tollerano perfettamente il latte di vacca o che restano spasmofili anche con l'esclusivo allattamento al seno. In ogni modo sarà sempre da tentarsi il latte di donna, il quale come alimento naturale è il più atto ad influire beneficamente sui disturbi nutritivi del lattante. In alcuni bambini la soppressione del latte di vacca dovrà essere assoluta e continuata, poichè se, dopo aver ottenuto un miglioramento, si torna a somministrare anche in piccola quantità, succede in qualche caso che scoppino nuovamente gravi fenomeni convulsivi. È per questa ragione che alcuni pensano a fenomeni d'anafilassi. Il divezzamento sarà in questi bambini molto cauto. Da consigliarsi è l'uso precoce di legumi e succhi di frutta fresca. Se non si ha il latte di donna, si useranno i farinacei (farina d'avena, d'orzo o farine commerciali senza aggiunta di latte), i quali però non devono essere somministrati in modo esclusivo nei lattanti più giovani per un troppo lungo periodo (non oltre gli 8-16 giorni), potendo essi determinare speciali forme ipertoniche in alcuni bambini (Czerny). Un digiuno di 12-24 ore e la regolarizzazione delle funzioni gastrointestinali saranno indicati all'inizio di ogni trattamento antispastico. Dal punto di vista profilattico, oltre le norme di profilassi generale (allattamento materno, alimentazione razionale, abitazioni igieniche), sarà indicato di evitare nei bambini spasmofili ogni eccitamento fisico e psichico. I bambini spasmofili devono essere allevati con una pedagogia tutta speciale, sulla quale sarebbe qui fuor di luogo parlare. Si deve essere cauti anche negli interventi operatori, la narcosi, l'abitudine a pasti voluminosi (in essi sono da preferirsi pasti piccoli e frequenti).

N. B. — In questa rivista abbiamo accennato soltanto a quelli AA., che per primi si occuparono di determinati argomenti con lavori originali.

LEZIONI.

Il carcinoma dello stomaco.

(Prof. H. HARTMANN, *Presse Médicale*, 8-5-1919).

La diagnosi di carcinoma gastrico, nei tempi passati, portava con sè l'irremissibile condanna del malato a breve scadenza. Il trattamento operativo, iniziato una quarantina d'anni or sono, è venuto perfezionandosi man mano, permette ora invece di ottenere mediante estese estirpazioni, delle guarigioni definitive. Si può dire oggi anzi, che quello gastrico è un buon carcinoma, dal punto di vista operatorio e che, con la buona volontà dei medici, può diventare uno dei migliori per quanto riguarda la cura definitiva.

Occorre che i medici si convincano dell'efficacia del trattamento operatorio, e della necessità che questo sia basato sopra una diagnosi il più possibile precoce.

DIAGNOSI DEL CARCINOMA GASTRICO.

Talvolta è facile; deve sospettarsi sempre quando in un individuo di 45-50 anni, senza precedenti gastrici, si stabilisce una dispepsia ribelle ed il dimagrimento. Se però la diagnosi si limitasse a questi casi, se ne trascurerebbero moltissimi, in quanto che il carcinoma succede spesso ad un'ulcera e l'ammalato arriva al medico con un lungo passato gastrico.

Spesso è difficile precisare l'inizio della dege-

nerazione cancerosa. La perdita più o meno completa dell'appetito, il disgusto per le carni e per i grassi vi fanno pensare: se frattanto l'ammalato perde le forze, impallidisce più di quanto lo faccia supporre la diminuzione dei cibi ingeriti, aumentano le probabilità di degenerazione cancerosa, ed ancor più se si hanno vomiti di alimenti non digeriti o simili a posa di caffè.

Gli esami di laboratorio possono venire in aiuto; la diminuzione di acidità, specialmente dell'acido cloridrico libero, la presenza di acidi di fermentazione (lattico, butirrico), la presenza di sangue debbono essere ricercate. Questi esami sono però ben lungi dall'avere valore assoluto; l'affidarsi unicamente ad essi sarebbe commettere un grave errore. L'A. ha spesso veduto in ulceri cancerizzate persistere od anche aumentare l'acido cloridrico libero, mentre si osserva talvolta l'acido lattico od il butirrico in stenosi ulcerose senza la minima trasformazione cancerosa. I dati dell'esame chimico, dunque, sono elementi di importanza relativa, e non hanno valore se non corroborano altri sintomi.

In pratica la diagnosi dei carcinomi gastrici non è difficile, meno che per quelli della metà destra dello stomaco (escluso quello del cardias, che ha una sintomatologia particolare) i quali si manifestano all'inizio con pochissimi sintomi. Essi però sono rari in confronto dei carcinomi della porzione pilorica e della piccola curvatura, che comprendono l'80 % di tutti i carcinomi gastrici.

Il complesso sintomatico di questi è dovuto all'ostacolo all'evacuazione normale del contenuto gastrico, e va sotto il nome di sindrome pilorica e consiste nella comparsa di dolori tardivi (due ore o più dopo il pasto), che durano un tempo variabile e possono cessare immediatamente e completamente in seguito al vomito.

Quando si riscontrano tali sintomi, è necessario ricorrere all'esame metodico dello stomaco: uno dei punti più importanti è quello di sapere se esiste stasi gastrica, se cioè dopo 14 ore, lo stomaco si è completamente svuotato del suo contenuto. Esistono certamente stomaci atoni, abbassati, con guazzamento, specialmente nelle donne: ma essi, pur vuotandosi lentamente, finiscono per essere privi di contenuto dopo 14 ore. Una stasi alimentare al mattino a digiuno, vera ritenzione alimentare incompleta — è affatto comparabile alla ritenzione urinaria incompleta, ed è, come essa, in rapporto con un ostacolo all'evacuazione normale del serbatoio, ormai non più guaribile con mezzi medici.

Da questo sintomo debbono dunque incominciare le ricerche. Si fa aggiungere al pasto abituale della sera un poco di carote; le quali, pur non essendo dure ed indigeribili, si possono sempre facilmente riconoscere. L'ammalato non deve prendere nulla durante la notte, nemmeno bevande. Al mattino si fa l'estrazione del contenuto gastrico, con che si mettono in rilievo i detriti delle carote. Si procede poi alla lavatura dello stomaco, ed in seguito all'insufflamento, con aria. Con la percussione addominale si disegnano con un lapis dermografico i contorni dello stomaco, così insufflato. Se esiste un tumore palpabile, lo si disegna sulla parete prima della insufflazione: lo si vede poi, dopo questa, spostarsi a destra ed in alto. Disegnati i contorni dello stomaco, si rileva che il tumore è al punto di unione delle due curvature; la diagnosi di tumore pilorico si scrive da sè sulla parete.

Si dà in seguito all'ammalato un pasto di prova, che si estrae dopo un'ora per sottoporlo all'analisi chimica.

Dell'esame radioscopico si può far senza in molti casi: esso rimane però di grande utilità e permette di vedere dei tumori che non si avvertono alla palpazione. Per procedere a tale esame si fanno ingerire — sei ore prima — 100 grammi di solfato di bario, mescolati con pappa di farina. Normalmente lo stomaco, il duodeno, il digiuno sono vuoti al momento in cui l'ammalato si presenta al radiologo; solamente degli stomaci molto allungati, che discendono fin quasi al pube, possono contenere ancora 1/4-1/5 della pappa di bario, senza che si possa per conseguenza affermare che esiste stenosi. Se questa si trova realmente, si osserva un deposito al fondo, ed al disopra del liquido trasparente. Al momento dell'esame, si possono fare ingerire altri 100 gr. di solfato di bario con 300 gr. di mucillagine di gomma adragante. Quando esiste liquido nello stomaco, questa miscela si frammenta in grosse gettate, che raggiungono il fondo dello stomaco stesso più presto che quando esso è vuoto. Questo modo di riempimento è caratteristico e permette di affermare l'esistenza di liquido anche se questo non si distingue bene per l'assenza della sacca d'aria.

Quando non vi è dilatazione gastrica, i 400 gr. della miscela opaca sono sufficienti per riempire i 3/4 dello stomaco; se questo invece è dilatato, si riempie solo in parte, cambia di forma, si allarga trasversalmente a bacinella. Nel caso di cancro, si formano immagini lacunari, che debbono venire esaminate di faccia e di profilo: a traverso di esse le contrazioni non si propagano, ciò che costituisce un criterio diagnostico per differenziarle dalle deformazioni spastiche. Le immagini lacunari risultano dal fatto che la sostanza opaca non trova posto in corrispondenza del tumore, che riempie la cavità dell'organo;

si comprende che la pressione sulla zona lacunare ne aumenta l'area. Si può ottenere anche una buona radiografia, la quale però è ben lungi dal fornire i risultati, che si ottengono col solo esame radioscopico.

PROPAGAZIONE LINFATICA ED ESTENSIONE DEL CARCINOMA.

A parte la regione della grande tuberosità, che manda i linfatici verso la milza od il cardias, le altre regioni dello stomaco, specialmente quella pilorica, hanno linfatici, che convergono verso la piccola curvatura, quelli della grande risalgono dietro al piloro. I gangli presi più costantemente nei carcinomi del piloro o dell'antro sono quelli della piccola curvatura; in grado minore invece quelli sotto pilorici, che si trovano nello spessore del legamento gastro-colico. Precocemente invasi sono i gangli retropilorici, fra il piloro e la faccia anteriore del pancreas.

Il carcinoma, sviluppatosi a spese della mucosa, raggiunge rapidamente la sottomucosa, che può contenere noduli arrotondati, biancastri; in seguito il carcinoma invade la muscolare e la sierosa. La propagazione in larghezza avviene il più spesso verso la piccola curvatura, seguendo cioè la legge generale degli epiteliomi, che tendono a diffondersi verso l'ilo linfatico dell'organo affetto: poco notevole è invece l'invasione verso il duodeno.

CONTROINDICAZIONI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO.

Può essere una controindicazione lo stato di debolezza: se però questa è dovuta ad uno stato di inanizione per difetto di alimentazione, in rapporto con la stenosi pilorica, si può fare l'operazione in due tempi: procedendo cioè dapprima alla gastro-enterostomia, e, dopo 10-15 giorni, alla resezione.

Le controindicazioni abituali derivano dal fatto della generalizzazione. La presenza di liquido ascitico nell'addome, lo sviluppo abnorme del fegato, i gangli sopraclavicolari, inguinali, l'induramento neoplastico attorno all'ombelico, l'esistenza di tumori solidi dell'ovaio sono segni che debbono arrestare il chirurgo. Quando essi mancano, a meno che l'ammalato non sia assolutamente cachettico, il chirurgo deve ritenersi autorizzato alla laparatomia.

Spesso si vedrà che l'estirpazione è impossibile: ma anche in tal caso è consigliabile una gastro-enterostomia, che, pur non guarendo gli ammalati, sopprime i disturbi legati alla stasi gastrica, i vomiti, i dolori, procurando un relativo benessere al povero canceroso, che si spegnerà lentamente per indebolimento progressivo.

Qualche volta il miglioramento è tale da dare per qualche mese l'illusione della guarigione: in generale però gli individui operati in tali condizioni non sopravvivono che poco più di sei mesi.

RISULTATI LONTANI DELL'OPERAZIONE.

Leriche, nel 1906, aveva riunito 88 osservazioni in cui l'ammalato era sopravvissuto oltre 5 anni, ed in qualche caso anche 16 anni. Témoin, sopra 169 ammalati sopravvissuti all'operazione, ne conta 19, che hanno raggiunto od oltrepassato 5 anni; 3, 6 anni; 4, 9 anni; 1, 10 anni; 1, 12 anni; 1, 13 anni. Mayo, su 239 operati ne conta 62 che hanno oltrepassato 5 anni; 18, 8 anni; 7, 10 anni; 5, 11 anni; 3, 12 anni. L'A. pur avendo perduto di vista la magior parte dei suoi operati, ne ha seguiti 3 durante 5 anni; 3, 6 anni; 2, 7 anni; 1, 13 anni.

Si può quindi concludere che la cura chirurgica del carcinoma gastrico è possibile, e che la situazione migliorerà ancora, quando si utilizzeranno tutti i mezzi per una diagnosi precoce e si insisterà per un intervento immediato.

fil.

MEDICINA SOCIALE.

La limitazione dell' orario di lavoro.

La soluzione dei più importanti problemi del lavoro si è presentata in questo turbinoso dopoguerra, come una necessità di imprescindibile urgenza.

Si incalzano le proposte e le richieste, si attuano in pochi giorni riforme, che sono state oggetto di lunghe discussioni, di lotte vivaci, di aspirazioni, che sembravano irraggiungibili.

Molte di esse, del resto sono da lungo tempo considerate come postulati dei medici, che si sono occupati dello studio di tali questioni e vanno accolte con simpatia e sostenute con fervore perchè tendono a portare grandi benefici nel campo dell'igiene e della profilassi sociale.

In questo senso, acquista notevole significato la fissazione legale della giornata lavorativa entro certi limiti, che non possono essere sorpassati se non in condizioni eccezionali.

La questione interessa vivamente il medico e l'igienista, perchè intimamente connessa con tutte quelle riguardanti l'affaticamento e lo strapazzo, condizioni che favoriscono lo stabilirsi del *surménage*, l'attecchimento di infezioni, ed in genere il benessere dell'individuo e dell'intera società.

La lunghezza della giornata lavorativa ha subìto notevoli variazioni dall'antichità ai nostri

giorni. Nulla di preciso può dirsi dell'epoca greco-romana, poichè in quel tempo il lavoro degli schiavi era completamente all'arbitrio del padrone, mentre nessun reclamo potevano essi sporgere con la speranza di ottenere giustizia (*servile caput nullum jus habet*). Nel medio evo le regole degli ordini monastici accenano alla fissazione di orari di lavoro: dati più precisi si ricavano ,nei secoli seguenti, dagli statuti delle corporazioni d'arti e mestieri che stabilivano in generale l'orario di lavoro dall'alba al tramonto, con intervalli di un paio d'ore per i pasti. Di solito durante la notte non si lavorava, per considerazioni estranee al benessere del lavoratore, quali la deficiente illuminazione, i pericoli d'incendio, ecc.

La Rivoluzione francese, come complemento della dichiarazione dei diritti dell'uomo, spazzò via le corporazioni, riconoscendo la libertà del lavoro. Gli operai, però, impreparati a questa libertà teorica ed astratta, si trovarono senza iniziativa e senza protezione di fronte all'arbitrio dei padroni, alle esigenze dei quali dovettero piegarsi. Si comprende quali fossero tali esigenze, quando si pensi che dovette intervenire una legge dell'anno V per proibire l'inizio del lavoro prima delle tre del mattino!

In seguito poi, la diffusione nell'uso delle macchine e del vapore sostituiva il lavoro collettivo a quello a domicilio, concentrando gli operai nelle officine. Il lavoro era diventato meno faticoso: si introdussero quindi donne e fanciulli nelle officine, e si credette possibile accrescere la durata dell'orario giornaliero, che venne prolungato in modo barbaramente atroce.

Non si può leggere senza raccapriccio, la relazione di un'inchiesta, fatta dal dott. Villermé negli stabilimenti industriali di Rouen nel 1839. Agli orari di 15-16 ore per gli adulti, non erano inferiori quelli dei fanciulli, che dovevano rimanere in piedi per 16-17 ore, 13 delle quali in ambiente chiuso, senza cambiare di posto, nè di posizione.

Tale tortura veniva inflitta a bambini, anche di 6-8 anni, mal nutriti, mal vestiti, obbligati a percorrere al mattino ed alla sera la lunga distanza, che separava l'alloggio dall'officina. Nè dissimili erano altrove le condizioni, non da noi dove in Brianza (a quanto riferisce il Carozzi) i bambini venivano portati nelle gerle alle fabbriche e riportati la sera alle loro case, stanchi, spossati, non in Germania dove, nelle fabbriche di chiodi, i bambini lavoravano 14-20 ore.

I gravi danni di questi orari estenuanti si sono poi rilevati nel notevole deperimento della salute fisica delle popolazioni nelle regioni industriali, deperimento riconosciuto specialmente alle visite di leva. Da un lato, quindi, per le pressioni esercitate dalle masse operaie allo scopo di ottenere miglioramenti nelle condizioni di lavoro, dall'altro l'interesse stesso dei governi, hanno condotto da un certo tempo verso la limitazione dell'orario. La prima applicazione è stata fatta negli ultimi decenni, per le donne ed i fanciulli, in misura però assai diversa secondo gli Stati. Così per l'Italia l'orario varia da ore 8 1/2 a 11, in alri Stati da 5 a 11, ma era ancora di 14 ore per i ragazzi di 15-16 anni, in Finlandia. Orarî speciali vennero adottati per lavori speciali (miniere, macchinisti e fuochisti ferroviarii, lavoratori di Stato).

Le rivendicazioni operaie, però, da tempo si sono irrigidite nella formula delle 8 ore, che corrisponde al ritornello della vecchia canzone inglese:

Eight hours to work, eight hours to play.
Eight hours to sleep eight shilling a day.

(otto ore di lavoro, otto di svago, otto di sonno, otto scellini al giorno).

La giornata legale di 8 ore è stata accordata in Australia, sin dal 23 aprile 1856, e poi più recentemente in diversi Stati dell'Unione Americana; ha incontrato molto favore in Inghilterra ed è ora l'oggetto di una riforma generale, che deve basarsi su accordi internazionali. La Francia e la Spagna hanno già emanato in proposito una legge, che da noi esiste solo allo stato di progetto.

LE CONSEGUENZE DEGLI ORARÎ PROLUNGATI.

Il problema della limitazione degli orarî va da noi considerato soprattutto dal punto di vista igienico, nel senso di prevenire l'affaticamento del lavoratore e di impedire quelle forme morbose, che sono conseguenza della fatica cronica eccessiva e che accompagnano sempre l'inizio dello sviluppo industriale di ogni nazione, e durano fino a che si sia raggiunto, con un periodo di assestamento, un relativo benessere; sono esse che conferiscono alla questione l'importanza di un vasto problema sociale. Non è da credersi però che, salvo casi eccezionali, si tratti di esaurimento acuto; spesso poi non è la fatica muscolare, o almeno, non è essa sola che determina la stanchezza o lo strapazzo. I primi indizi di questi si rilevano con un rallentamento nel ritmo di produzione, con una minore destrezza nei movimenti, con un maggior numero di sbagli e di colpi mancati. Ma nemmeno questi fatti possono costantemente rivelare la stanchezza, quando intervengano fattori estranei, come p. e. il desiderio del maggior guadagno nel lavoro a cottimo, i richiami di sorveglianti, ecc., che tengono desta artificialmente l'attenzione, ma non mancano di produrre la stancheza anche se inavvertita dal

lavoratore stesso. E nemmeno è da ritenersi che i fatti accennati si osservino solo nell'ambiente industriale: gli uomini d'affari, i liberi professionisti, gli impiegati sono tutti soggetti a queste forme di affaticamento e ne risentono spesso le peggiori conseguenze, in quanto che il consumo di energia nervosa è talora quanto mai esagerato, senza essere controbilanciato da una corrispondente attività muscolare, che ravvivi il metabolismo scadente.

Dall'affaticamento cronico derivano molti danni, i quali colpiscono lo stesso rendimento del lavoro, che viene diminuito per quantità e qualità, mentre poi la maggiore morbilità dell'individuo espone questo ad un maggior numero di assenze per malattia. In rapporto con gli orarî prolungati si possono mettere numerose forme morbose, sia vere malattie professionali, come varici, piede piatto (nelle professioni che esigono una prolungata permanenza in stazione eretta) come crampi, neuriti, miositi, sia l'ipertrofia e dilatazione del cuore destro, sia disturbi digerenti, anemia, forme di vera neurastenia, ecc. L'ambiente professionale poi, per le sue stesse condizioni di aereazione, temperatura, umidità, presenza di sostanze diverse, ecc., ha grande influenza nel senso di rendere più sensibile l'individuo alla stanchezza e meno resistente alle forme morbose.

In linea generale il medico non può che essere favorevole a ridurre gli orarî di lavoro in modo da impedire la stanchezza.

Si cadrebbe però in un egualitarismo dannoso nello stabilire lo stesso orario per le diverse categorie di lavoratori, al minatore come al contadino, al garzone di barbiere come al macchinista ferroviario. A prescindere dai lavoratori del pensiero in cui non è possibile fissare un limite al lavoro, che può continuare nei periodi di apparente riposo, è evidente che le condizioni di lavoro sono diversissime, p. e., per un operaio di industrie chimiche o metallurgiche, esposti ad emanazioni nocive, a temperature elevate, costretti ad attenzione continua, ed un contadino, che rincalza il granoturco o pota le viti, con tutta calma, nell'ampia vastità della campagna. La stanchezza si farà sentire con tutti i suoi effetti, molto più presto nel primo che nel secondo, il quale può benissimo sopportare anche orarî alquanto lunghi. Il problema va quindi risolto caso per caso.

LE OBIEZIONI AGLI ORARI RIDOTTI.

La riduzione delle ore di lavoro ha sempre incontrato validi oppositori, specialmente perchè si ritiene che, in conseguenza di essa, diminuisca la produzione, fatto di cui non può disinteressarsi il medico perchè quando si tratta di un provvedimento di indole generale avrebbe una ripercussione sul benessere della nazione e quindi sui lavoratori stessi. Qualche anno fa il Gunton, presidente dell'Istituto di economia politica di New York, calcolava che adottando la giornata di 8 ore negli Stati Uniti sarebbe stato necessario assumere in servizio 3,552,000 nuovi lavoratori. Evidentemente queste cifre sono basate su calcoli teorici e non possono avere grande valore nella pratica, in cui le cose debbono procedere diversamente per l'intervento di altri fattori.

L'esperienze di parecchie industrie, quali p. e., le officine Zeiss di Jena, la Vieille Montagne nel Belgio, le miniere di carbone nell'Austria, ecc, avevano precedentemente dimostrato che, in determinate condizioni, la produzione può anzi aumentare con l'orario convenientemente ridotto. In questi ultlimi anni poi, le industrie di guerra hanno portato un notevole contributo alla soluzione della questione dimostrando anzitutto che la capacità lavorativa dell'individuo non può eccedere certi limiti, oltrepassati i quali diminuisce assai il rendimento. Sul principio, di fatti, si era creduto di poter portare al massimo la produzione, prolungando gli orarî, sopprimendo il riposo festivo: vi sono state p. e., in Inghilterra delle maestranze sottoposte fino a 90 ore settimanali di lavoro.

I risultati però furono disastrosi, sia dal punto di vista della produzione che per quanto riguardava la salute degli operai. Si venne così nella determinazione di ridurre le ore settimanali di lavoro da 77 a 66 e da 71 a 61, secondo le categorie, ottenendosi come risultato un aumento del 22 % nella produzione ed una sensibile diminuzione nella morbilità. Anche da noi, la mobilitazione industriale, per la quale il Carbonelli ed il Carozzi hanno lavorato con larghe vedute e con sagacia di pratici, aveva pure prescritta una congrua diminuzione delle ore di lavoro, che in qualche stabilimento è stata adottata con un aumento di produzione oraria del 36 %. Il livello della produzione complessiva però, pure essendo grandemente influenzato dalle condizioni energetiche del lavoratore, potrà rimanere costante, con la riduzione dell'orario di lavoro, solo quando si introduca una migliore organizzazione, quando si sostituiscano all'uomo le macchine, quando si acceleri il ritmo di queste. Non sempre però possono supplire i perfezionamenti meccanici, nè sempre essere applicabili (come p. e., in molte piccole industrie) mentre l'aumento di velocità non viene proporzionalmente utilizzato (chè anzi gli errori au-

mentano in proporzione maggiore della velocità stessa) oppure non è possibile, come nel caso di fusioni di reazioni chimiche. D'altra parte, la maggiore celerità ed intensità del lavoro provoca più rapidamente stanchezza e si ricade quindi nel danno, che si voleva evitare.

È da augurarsi che, al di fuori di ogni rigida applicazione di regolamento, si riesca ad ottenere per ogni industria o lavoro, un orario, il quale, compatibilmente con una produzione normale lasci al lavoratore una libertà più ampia di quella oggi goduta; ma è necessario che l'adozione dell'orario ridotto si faccia gradatamente, altrimenti le industrie non potranno che risentirne un disagio ed uno squilibrio, che avranno effetti funesti sulla produzione. Giustamente tale uso è previsto dalla legge francese e dal progetto di legge Turati, il quale anzi lascia un anno di tempo a quelle aziende, che per l'applicazione della legge dovranno trasformare i loro impianti. Da noi l'adozione delle 8 ore è stata fatta in modo tumultuoso, sicchè la legge arriverà probabilmente solo a consolidare lo stato di fatto.

IL LAVORO STRAORDINARIO.

Connessa con la limitazione dell'orario è la questione del lavoro straordinario: questo ora viene in certe industrie ed aziende concesso quasi come premio, o considerato quasi come normale, sicchè all'orario abituale si aggiungono quasi sempre un paio d'ore al giorno, pagate talvolta a parte, talvolta in blocco. Nè diversamente vanno le cose in altri Stati, come p. e., in America, dove l'orario straordinario viene fatto in media 3-4 mesi all'anno. È necessario porvvedere perchè, anche quando le ore supplementari vengono retribuite largamente, debbano venire usate soltanto in via affatto eccezionale, altrimenti la legge sulle 8 ore non rappresenterebbe che un aumento di salario e diventerebbe una volgare mistificazione, invece di raggiungere il nobile scopo che si prefigge, di proteg gere cioè la salute del lavoratore, impedendone lo strapazzo.

Tenuto conto di questa suprema necessità sociale, che inspira l'attuale riforma, occorrerà altresì vegliare attentamente per disciplinare in giusta misura lo sfibrante lavoro a domicilio (*sweating-system*, come efficacemente viene denominato in inglese) che, fatto in pessime condizioni igieniche ed eventualmente prolungato senza possibilità di controllo, può riuscire quanto mai dannoso. Le difficoltà di un'oculata sorveglianza sono in tal caso assai gravi, tanto più che essa esige indubitatamente una notevole limitazione della libertà individuale.

Ciò che dunque è essenziale, è di ridurre il lavoro entro i limiti fisiologici, in modo da lasciare un adeguato riposo per la riparazione dei tessuti dell'organismo. Per ora si è adottata la formola delle 8 ore, ma non bisogna nascondersi che ulteriori riduzioni potranno essere domandate.

È noto che Marx valuta a sei ore il tempo di lavoro necessario per produrre le somma media delle sussistenze necessarie per il mantenimento quotidiano del lavoratore: altri autori riducono tale tempo, addirittura a due ore (Reindsdorff) ed anche ad un'ora e mezzo (Joynes). Le discussioni su tale argomento d'indole economico-sociale esulano dal nostro campo: vien però fatto di osservare che il diritto di un orario così ridotto può ben chiamarsi, secondo l'espressione di J. Laforgue, *le droit à la paresse*, e di rammentare che il lavoro è l'essenza stessa della vita, la quale non è che un continuo movimento, una forza in perpetua attività. Lo Zola ci ha presentato in *Travail* uno scienziato (Jordan) che ha fatto straordinarie scoperte col lavoro di sole due ore al giorno: ma esso non è che la scialba figura del solito scienziato astratto e mirabolante, creato dalla fantasia dei romanzieri, ed un'umanità che rifuggisse dalla gioia tormentosa del lavoro aspro e diuturno, sarebbe irrimediabilmente condannata ad esaurirsi nell'infiacchimento dei muscoli e nel torpore dell'intelligenza.

L'IMPIEGO DELLE ORE LIBERE.

Comunque ridotto l'orario di lavoro, sorge il problema sul modo con cui il lavoratore passerà il tempo libero: tenuto conto delle abitudini delle masse, non è fuori luogo temere, almeno in primo tempo, un aumento dell'alcoolismo. La questione del resto è vecchia, perchè già al tempo di Luigi XI, i guantai adducevano come pretesto per gli orarî di lavoro prolungati, che gli operai, durante il tempo libero « *s'occupent à plusieurs jeux et dissolutions et à peine se veulent après appliquer à bien faire* ». In Inghilterra, da quando gli orari di otto ore sono più frequenti, si sarebbe verificato un aumento fra le clientele dei *cabarets*, ciò che non significa nulla, perchè l'alcoolismo è in aumento dovunque.

Ad ogni modo, anche questo lato del problema va tenuto in considerazione: ci consta che a Milano, la clinica del lavoro ha preso la iniziativa di conferenze di indole igienica e di trattenimenti per il sabato inglese; proposte senza dubbio lodevoli, ma evidentemente limitate ad una cerchia ristretta di individui. Occorrono disposizioni legislative ampie e pratiche,

concernenti specialmente la lotta antialcoolica, che estendano p. e., il riposo festivo agli spacci di bevande alcooliche; occorre diffondere ed incoraggiare gli *sports*, le gite campestri ed alpine, e sono indispensabili provvedimenti atti ad assicurare ad ognuno una buona abitazione, che sia tranquillo rifugio di pace e non tugurio immondo in ripugnante promiscuità. Il cammino è indubbiamente lungo e faticoso, ma la visione e la speranza di giorni migliori ci spronano a lottare con tenacia perchè il benessere si diffonda ai rejetti ed ai meschini.

INDEX.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

I versamenti sanguigni delle cavità sierose.

(L. DELREZ, *Archives Médicales Belges*, dicembre 1918).

Ha regnato per molto tempo l'opinione classica che il sangue stravasato nelle cavità sierose sfugga alla coagulazione; opinione basata più su una impressione che sulla osservazione metodica. Tappezzate da un rivestimento vagamente somigiante all'endotelio vasale, queste cavità presentano qualità fisiche apparentemente propizie a mantenere la fluidità del sangue che vi si versa.

E' certo che le sierose hanno, fino ad un certo grado, la proprietà di mantenere allo stato di fluidità complessi colloidali dell'organismo: lo esempio degli essudati sierosi ne è una prova; l'esperienza clinica giornaliera dimostra che certi essudati (o transudati) della pleura, del peritoneo, delle articolazioni restano fluidi per tutto il tempo che sono ritenuti nella cavità sierosa e si coagulano quando si estraggono e si tengono *in vitro*.

Tutti questi liquidi di versamento attingono in ultima analisi i loro elementi dal sangue e rappresentano dunque tante varietà di plasma, e se esse, mentre si coagulano spontaneamente *in vitro*, restano fluide nelle sierose in cui si sono accumulate, ciò non può essere dovuto che ad un'azione speciale della membrana sierosa. Ma quest'azione non si esercita che nei limiti determinati; se il plasma essudato diviene instabile, come è il caso per gli essudati che suppurano, la membrana sierosa è incapace di impedire la coagulazione. Ora, il plasma, sanguigno è instabile al più alto grado, molto di più dei versamenti, e perciò si deve ammettere la probabilità della coagulazione del sangue stravasato nella sierosa.

La coagulazione del sangue è l'espressione della rottura di equilibrio colloidale dei costituenti del plasma che produce l'insolubilizzazione della fibrina. Allorchè essa avviene nel riposo, *in vitro*, si forma un coagulo gelatinoso, che, retraendosi, spreme il siero, che a sua volta contiene della fibrina solubile, la trombina. Se il sangue viene battuto *in vitro*, la fibrina si raccoglie in ammassi e grumi di volume variabile; ma nell'uno e nell'altro caso i prodotti ultimi sono identici: fibrina insolubile e siero.

Studiando il modo di comportarsi dei versamenti sperimentati nell'animale, si sono avuti risultati che si possono così riassumere:

1. In nessun caso il liquido prelevato con la puntura subisce la coagulazione *in vitro*, anche quando la puntura è stata praticata immediatamente dopo l'emorragia; di più questo liquido possiede la proprietà del siero (esso coagula il plasma in mezzo ossalato);

2. L'apertura della cavità sierosa nelle ore che seguono l'emorragia fa riconoscere sempre la presenza di coaguli anche quando è praticata immediatamente dopo l'arrivo del sangue nella cavità; vale a dire non solamente la sierosa non impedisce la coagulazione del sangue ma non la ritarda neppure;

3. La proporzione del siero (sangue defibrinato) rispetto al volume dei coaguli, è sempre fortissima; secondo il momento in cui la sierosa è aperta si trovano grossi coaguli rossi o rivestimenti fibrinosi in parte decolorati e sbarazzati dei loro globuli rossi o infine, tardivamente, semplici grumi fibrinosi bianchi;

4. Nell'animale il riassorbimento del sangue stravasato nelle sierose avviene per lo più rapidissimamente; dapprima scompaiono i globuli e il siero, poi la fibrina. Contrariamente a ciò che avviene nell'uomo, lo stravaso sanguigno delle sierose, nel cane, non provoca essudazione sierosa durevole.

Nell'uomo, nelle condizioni abituali dei versamenti emorragici della pleura, del peritoneo (e del pericardio) il sangue stravasato subisce senza dubbio la coagulazione, come dimostrano le operazioni praticate precocemente dopo la ferita che ha determinato l'emorragia. Il siero fluido, incoagulabile, e la fibrina sono i sicuri testimoni dalla coagulazione del sangue nelle grandi sierose. Se, secondariamente, il liquido di punture tardive non ha più i caratteri del siero, se si coagula *in vitro*, ciò dipende da che vi si sono mescolati elementi nuovi, forniti della reazione della sierosa stessa e che hanno il carattere di plasma. Questi fenomeni di essudazione secondaria sono particolarmente evidenti nelle articolazioni. Nel caso, per esempio, d'emartrosi del gi-

nocchio con frattura della rotula, la coagulazione è così evidente che non può essere contestata: più l'apertura articolare è precoce più si trovano coaguli cruorici; ma già dopo poche ore il siero si mescola al prodotto della reazione secondaria dalla sinoviale per cui il liquido totale acquista le proprietà di un plasma.

Mentre negli animali il sangue stravasato nelle sierose si riassorbe rapidissimamente, nell'uomo non accade così. Come dimostrano le rotture tubo-ovariche, l'emoperitoneo persiste lungamente; se si riassorbe, lascia dietro di sè aderenze, briglie, provenienti dall'organizzazione dei coaguli fibrinosi o dalla reazione del peritoneo da essi provocata.

E' inutile d'insistere sulla lentezza di riassorbimento dell'emotorace e delle lesioni pleuriche definitive ch'esso lascia dietro di sè.

Per le articolazioni le condizioni sono un poco differenti. La reazione della sierosa è qui attivissima; il riassorbimento delle emazie avviene più rapidamente che per l'emotorace e l'emoperitoneo. Qui ancora l'agente dannoso è la fibrina. Benchè l'essudato, col suo importo leucocitario, sia tale da favorire la fibrinolisi, certo questa non è sempre completa e non impedisce necessariamente l'organizzazione della fibrina.

Da queste constatazioni d'ordine fisio-patologico si possono trarre indicazioni pratiche.

Per quel che concerne le emartrosi, e specialmente l'emartrosi del ginocchio, è indicato di procedere all'evacuazione del sangue stravasato. Con la puntura si possono estrarre il siero e il liquido d'essudazione secondaria, ma non i coaguli e la fibrina, e siccome questi rappresentano i fattori più dannosi, se non i soli dannosi per l'avvenire dell'articolazione, si è autorizzati ad estrarli con mezzi più radicali e più efficaci. Tra questi mezzi, la puntura allo scalpello (metodo di Willems) seguita dalla mobilizzazione immediata e dalla deambulazione è attualmente il processo di scelta. Il sangue e la fibrina essendo evacuati, la reazione essudativa secondaria della sinoviale non si stabilisce e in qualche giorno la funzione viene intieramente recuperata.

Le emorragie addominali praticamente sono sempre trattate con la laparatomia non per le possibili conseguenze tardive dell'emorragia, ma per considerazioni cliniche urgenti (anemia, lesione viscerale).

Il trattamento dell'emotorace si confonde essenzialmente con quello delle ferite pleuro-polmonari. Prima della guerra i pareri erano divisi di fronte all'indicazione operatoria, che si considerava come formale quando un'emorragia persistente minacciava la vita del ferito, mentre nei casi meno gravi o benigni alcuni restavano fedeli alla legge classica dell'astensione, altri preconizzavano l'intervento sistematico. Attualmente, anche nei casi considerati come benigni, in cui i sintomi clinici non esigono d'intervenire, considerando che il riassorbimento si compie lentissimamente e che si possono determinare delle sinechie diffuse dall'organizzazione dei coaguli fibrinosi, l'evacuazione del sangue e dei coaguli con la semplice pleurotomia sembra il procedimento di scelta.

B. MASCI.

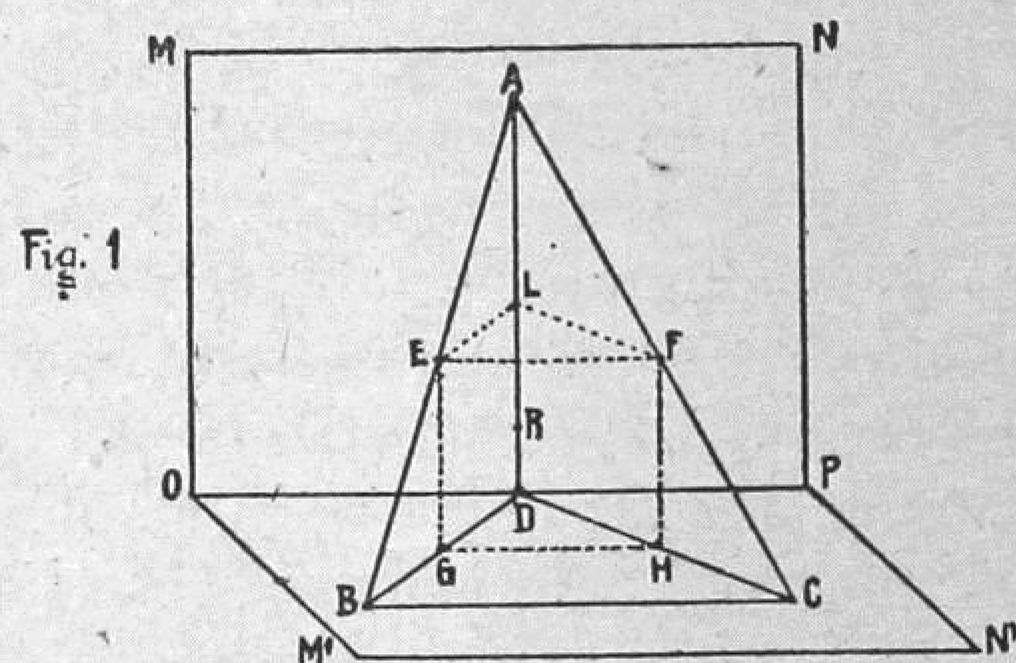
RADIOLOGIA.

La localizzazione dei corpi estranei mediante i principio dello spostamento solidale ed orizzontale del tubo e del piano di proiezione.

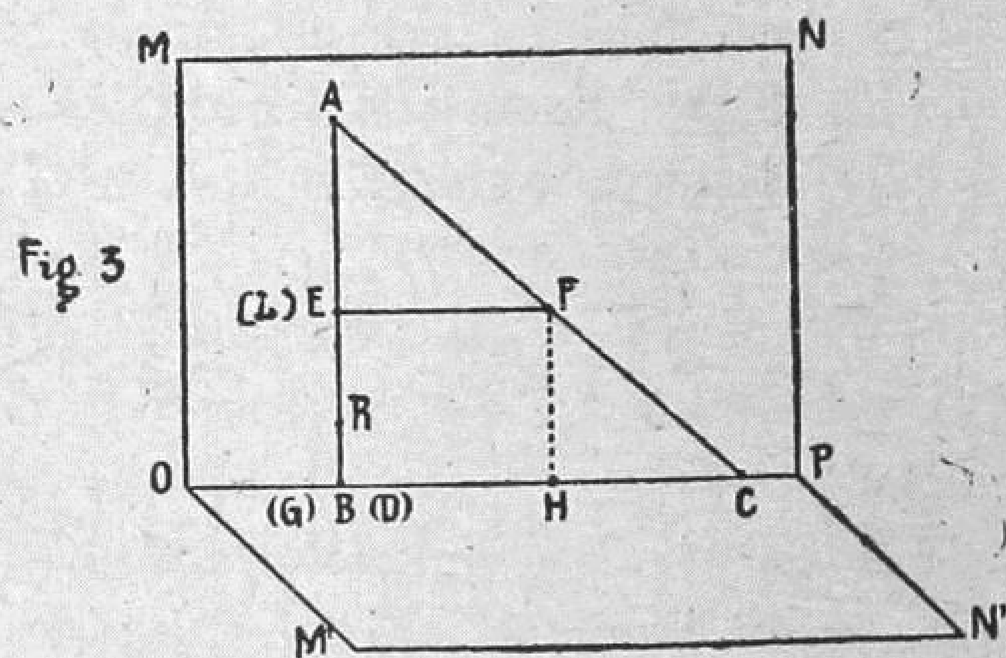
(PITTARELLI E., *Rivista Critica di Clinica Medica*, an. XIX, n. 47 e 48).

Si distinguono e possono darsi tre casi:

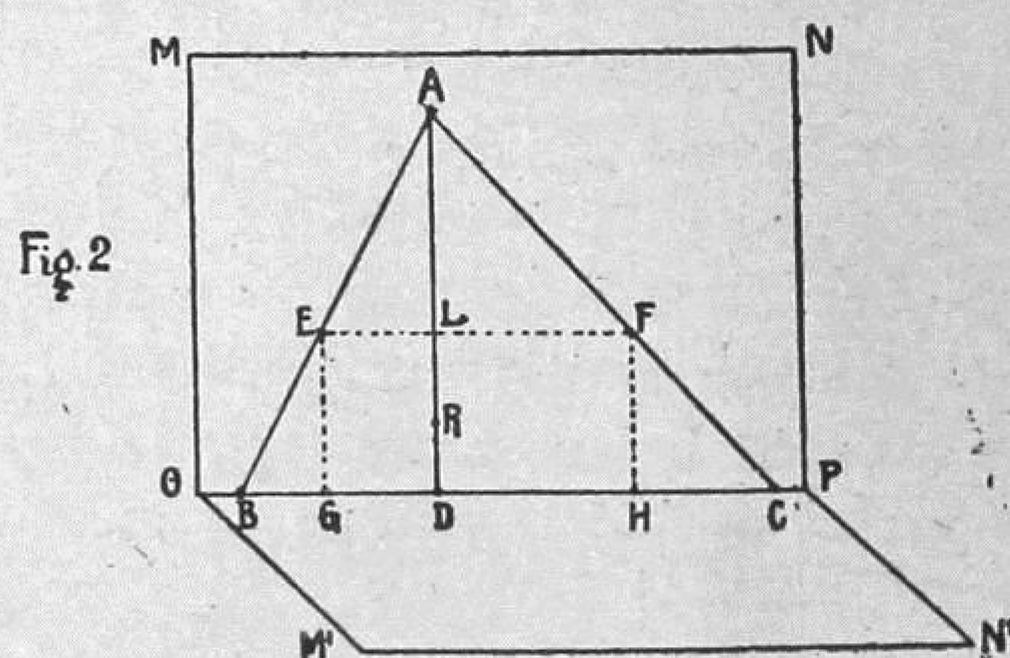
1° *caso*: il proiettile si trova in un piano verticale diverso da quello su cui giace il raggio normale (fig. 1);



2° *caso*: il proiettile si trova sopra lo stesso piano verticale su cui si trova il raggio normale (fig. 2);



3° *caso*: il proiettile si trova sul raggio normale (fig. 3).



In tutt'e tre le figure, $MNOP$ è il piano verticale su cui giace il raggio normale AD; $OPM'N'$, il piano di proiezione, orizzontale; AD il raggio normale; E, F, i punti estremi dello spostamento del sistema tubo-piano, che si muove in senso orizzontale, quindi parallelo al piano di proiezione; B, C, le proiezioni del corpo estraneo nelle sue due posizioni estreme; R, una marca di repere situata in un punto qualunque del raggio normale.

Dalla fig. 1ª deriva la seconda: aumentando l'angolo BDC fino a divenir piatto, la piramide $ADBC$ della fig. 1 si trasforma nel triangolo ABC della fig. 2. Dalla fig. 2 deriva poi la 3ª: avvicinando il corpo estraneo al raggio normale, quando l'uno si confonde sull'altro i punti E ed L si fonderanno in uno, e parimenti in uno si fonderanno i punti D, B, e G. Nelle figure le stesse lettere dinotano gli stessi punti.

Ora si congiunga E con F, B con C, e D con B e con C; da E e da F si conducano le perpendicolari EG ed FH rispettivamente sulle DB e DC, le quali saranno perpendicolari al piano $MNOP$; si conducano le perpendicolari EL, FL sulla AD; si congiunga, infine, G con H. L'angolo ODB rappresenterà la *direzione* e il segmento DG la *distanza* del proiettile nella posizione E e in relazione al punto di repere R; l'angolo PDC rappresenterà la direzione e DH la distanza del medesimo proiettile in relazione al ridetto repere, ma nella posizione F; $EG=FH$ rappresenterà la profondità del proiettile in rapporto al piano di proiezione $OPM'N'$, sia nella posizione E, sia nella posizione F.

Di tutte queste quantità, due sono a noi note, perchè prese ad arbitrio nostro, cioè: la distanza focale AD e lo spostamento EF del sistema tubo-piano di proiezione. In questo piano di proiezione, che sarà poi la lastra fotografica, possiamo misurare direttamente DB, DC e BC, nonchè gli angoli ODB e PDC; non ci resta quindi che a calcolare $EG=FH$ e DG ovvero DH.

I triangoli ADB e ADC, avendo il lato comune AD verticale, e giacendo coi lati DB e DC sopra un piano orizzontale, sono rettangoli in D, e i loro piani sono verticali. Il segmento GH, essendo parallelo ad EF e compreso come esso fra due parallele EG ed FH, sarà eguale ad EF; per la stessa ragione EG sarà eguale a FH. Inoltre essendo EG ed FH parallele ad AD, il triangolo ADB sarà simile al triangolo EGB, e il triangolo ADC simile al triangolo FHC. Essendo EF parallela a BC, il triangolo AEF sarà simile al triangolo ABC. Da queste proprietà fondamentali ne derivano le equazioni seguenti:

$$EG = FH = \frac{AD \times GB}{DB} = \frac{AD \times HC}{DC} \qquad (1)$$

$$EG = FH = \frac{AD \times EB}{AB} = \frac{AD \times FC}{AC} \qquad (2)$$

$$EG = FH = \frac{AD \times (BC - GH)}{BC} \qquad (3)$$

le quali rappresentano dunque *cinque* modi di calcolare la profondità del proiettile.

Praticamente, si può fare a meno di tutti questi calcoli ricorrendo ai semplici artifizi che seguono:

Caso I. — Sulla carta lucida dei disegnatori si riproducano, di sulla lastra, le proiezioni B, D e C: si congiungano i centri di figura di B e C col centro di figura di D, e il centro di figura di B col centro di figura di C: disegnato così il triangolo DBC, mediante riga da parallele si tirino due parallele alla BC: l'una, indefinita, che passi per D; l'altra, di lunghezza eguale allo spostamento del sistema tubo-piano, che arrivi sulle rette DB e DC.

Abbiamo così, delle tre misure ricercate, due direttamente misurabili, cioè l'angolo ODB o l'angolo PDC, che rappresentano la direzione del corpo estraneo in rapporto al raggio normale, e quindi alle nostre marche di repere; e la distanza DG o DH, che rappresentano la distanza del medesimo corpo estraneo dal raggio normale. Resta a calcolare la profondità $EG=FH$, che si farà in base alla equazione (1) su riferita.

Se ad AD (distanza focale) si dà un valore costante, il valore di $EG=FH$ varierà in ragione diretta di BG e indiretta di DB, od anche in ragione diretta di HC e indiretta di DC. Su tale principio gli autori hanno costruito e calcolato una tavola, riportata nel n. 34, anno XIX, della *Rivista Critica di Clinica Medica*.

Casi II e *III.* — Ancora più semplice è qui la bisogna. Si misurino sulla lastra le distanze BD e DC (fig. 2) e BC (fig. 3), prendendo i centri di figura delle immagini radiografiche, e si riportino sulla carta millimetrata dei disegnatori, riducendole alla metà del vero. Dal punto D delle due figure si disegni il segmento perpendicolare AD eguale alla metà della distanza focale; si congiunga A con B e con C della fig. 2, e con C della fig. 3, e si tiri EF parallela a BC ed eguale alla metà dello spostamento del sistema tubo-piano. Avremo così in misure dirette sulla carta le lunghezze di $EL=GD$ della fig. 2, e di EG nelle figure 2 e 3, lunghezze ridotte alla metà; per avere le lunghezze vere, si raddoppiano i risultati.

Nel caso 3° la cosa può procedere ancora più spedita. Disegnate BC, AB e AC ridotte alla metà, si tiri EF parallela a BC; il segmento EB sarà eguale ad $EG=FH$ delle altre due figure 1ª e 2ª.

S. A.

NOTE E CONTRIBUTI.

Digitale e broncopulmonite grippale.

Nel fascicolo 9, del *Policlinico,* Sezione Pratica, il dott. S. Avagnina parlando della « Digitale e la Broncopulmonite grippale » dice testualmente. In tutti i casi di bronco-pulmonite grippale caduti sotto la mia osservazione sempre ho constatato una bradicardia che spesso arrivava a 50-60 p. al m. e che talora si faceva più spiccata a mano a mano che l'ammalato peggiorava, per cui nelle bronco-pulmoniti grippali la digitale « *è inutile se non dannosa* » affermazione che sarebbe basata sull'osservazione personale di un gran numero di casi, circa 2000.

Anche senza voler uscire dalla letteratura del *Policlinico* ricorderò parecchi autori le cui vedute sono in opposizione con quelle di Avagnina.

Così: « I. Mackenzie. *Sunti e Rassegne.* — Complicazioni cardiache dell'influenza » dice..... « Gli effetti dell'influenza sul cuore sono nella maggioranza dei casi analoghi a quelli prodotti da altre infezioni a decorso favorevole: tachicardia, leggero aumento di volume, ecc..... »

« G. Dragotti. *Policlinico.* — Le manifestazioni nervose dell'influenza » dice..... « Sono l'espressione di una vagoparalisi la tachicardia notevole che in un caso ricordato da Teissier raggiunse 172 battiti al minuto e in un caso di Huchard perfino 300. Così si hanno congestioni pulmonari vagoparalitiche con dispnea, subottusità, ecc.

« G. Dragotti. *Policlinico.* — Pulmonite influenzale e pulmonite pestosa..... Oltre a ciò mancano nell'anatomia patologica della peste le alterazioni a carico del sistema cardiovascolare che sono costanti nell'influenza e danno ragione dei sintomi di adinamia cardiaca così fatale nelle forme pneumoniche influenzali ».

« De Brume. *All'accademia di Medicina di Parigi.* — Pulmonite pestosa e pulmonite grippale — dice..... « Invece nelle forme pulmonitiche e broncopulmonitiche da influenza l'attività cardiaca è compromessa sin dall'inizio ».

È vero che parecchi hanno parlato di una bradicardia o meglio di un polso piuttosto raro in rapporto alla temperatura che si osserva nell'influenza, ma si sono riferiti sempre a casi d'influenza senza complicazioni broncopulmonari.

Anch'io nella mia modesta pratica civile e militare ho potuto notare casi d'influenza non complicati con lieve bradicardia specie in individui robusti e ben nutriti e casi con tachicardia in soggetti gracili e piuttosto deperiti; ma ho inoltre osservato molti casi d'influenza con pulmoniti e broncopulmoniti che costantemente presentavano tachicardia piuttosto notevole.

Esporrò perciò, in breve quadro sintetico, parecchi casi d'ammalati d'influenza con complicazioni broncopulmonari curati in ospedale nei quali è evidente la tachicardia nonostante l'uso della digitale che in alcuni casi veniva somministrata alla dose di 1 gr. al giorno.

In tutti è segnata la temperatura mattutina e la relativa frequenza del polso. La febbre veniva spesso controllata in modo che si può essere sicuri che la frequenza del polso è in diretto rapporto alla temperatura segnata e non a una più elevata. In due soli casi dei 27 segnati nel quadro fu riscontrata tachicardia lieve, ma nel 24 la malattia ebbe tutto l'aspetto di un paratifo quantunque la emocultura e la sierodiagnosi fossero negativi; nel 23 la malattia si esaurì in poco tempo.

Il cuore nelle broncopulmoniti e pulmoniti da influenza reagisce, come è noto, a tre stimoli diversi: aumento della temperatura, tossine prodotte dagli agenti patogeni, ostacolo di circolo nel polmone: in primo tempo aumenta la forza sistolica (nel periodo iniziale di tutte le malattie febbrili il polso è forte, piuttosto raro, ritmico, pieno); in secondo tempo diventa tachicardico, stanco (il polso è piuttosto debole, frequente, ritmico, piccolo). È in questo periodo che bisogna venire in aiuto del cuore somministrando un medicamento che eserciti la sua azione tonica direttamente sul miocardio. Ed io ho spesso somministrato la digitale alla dose di ctgr. 50 al giorno asosciata alla canfora in tale periodo, ed ho avuto sempre benefici effetti (il polso infatti diveniva meno frequente, più pieno, più valido) ma ne sospendevo subito l'uso quando il polso non veniva per nulla modificato.

Ricordo anzi che in quei casi nei quali la digitale non riusciva a diminuire la frequenza del polso la prognosi fu quasi sempre infausta. (La digitale veniva a mettere in evidenza semiologica le profonde lesioni del miocardio). E ciò risulta anche dal breve quadro sintetico: infatti nei numeri 4-12-13-22 nei quali la digitale non riuscì a modificare per nulla la tachicardia esistente si ebbe esito infausto; nei numeri 2-3-7-8-14, ecc., invece nei quali la digitale sin dallo inizio mitigò notevolmente la tachicardia, si ebbe esito favorevole.

Non ho notato però alcuna azione diretta della digitale sulle pulmoniti e broncopulmoniti da influenza sia accorciandone il decorso, che rendendone più mite la forma. Sono convinto quindi che la digitale in tali forme risponda come ottimo tonico del miocardio ed è bene venga som-

OSPEDALE 0125. — *Casi d'influenza con complicazioni broncopulmonari.* Dic. 918-Febbr. 919.

N. d'ordine	Ammalato	Degenza	Diagnosi	Giorno	Temperatura	Polso	Digitale somministr.	Esito	Osservazioni
1	Sold. Fl. Esercito Italiano	30-XI al 24-XII	Broncopulmonite bilater. Pleurite pur. destra.	8-XII 10 12 16	38.5 37.8 38.7 37.5	108 102 112 100	ctgr. 50 » » »	reparto chirurgia	Guarito dalla forma broncopulmonare gravissima fu inviato in reparto chirurgico per la toracotomia.
2	s. G. Es. It.	30-XI al 29-XII	Broncopulmonite bilater.	6-XII 10 14 18	38.2 38.5 37.5 36.8	100 95 86 74	gr. 1 » ctgr. 50 —	guarito	La digitale venne somministrata alla dose di 1 gr. perchè il polso era debole e piccolo.
3	Serg. A. Es. It.	29-XI al 22-XII	Broncopulmonite bilater.	1-XII 4 8 12 16	38.2 37.9 38 37.5 36.5	100 124 94 82 74	— gr. 1 ctgr. 50 — —	guarito	Soggetto deperito.
4	Sold. W. Esercito Nemico	11-XII al 26-XII	Broncopulmonite destra.	12-XII 15 18 20 22 24	38 37.8 40.2 37.5 37.9 38	100 116 150 124 140 150	— gr. 1 » » — —	*morto*	In questo caso furono fatte anche le iniezioni endovenose di elettrargol.
5	s. F. Es. It.	12-XII al 21-I	Bronchite.	16-XII 20 24 28 2-I	38.6 38 37.5 37 36.2	96 90 88 84 78	niente	guarito	Ben nutrito.
6	s. S. Es. Nem.	14-XII al 23-I	Broncopulmonite. Pleur. pur. sinistra.	24-XII 28 2-I 5 8	38 38.2 38.1 37.8 37.5	92 94 90 88 88	niente	rep. chir.	Guarito della broncopulmonite fu inviato in chirurgia per la toracotomia.
7	s. M. Es. Nem.	14-XII al 29-XII	Pulmonite bilaterale.	16-XII 18 20 24	38.5 38.4 37.8 37	96 100 90 80	— ctgr. 50 » —	guarito	
8	s. B. Es. It.	1-XII al 24-I	Pulmonite sin. Pleurite es. sinistra.	6-XII 10 15 25	38.7 38.9 37.8 37.2	92 100 88 86	— ctgr. 50 » —	guarito	
9	s. P. Es. Nem.	20-XII al 12-I	Bronchite.	24-XII 28 31 4-I	38.6 38 37.5 36.8	98 95 88 82	niente	guarito	
10	Serg. G. Es. It.	1-XII al 20-XII	Broncopulmonite bilater.	2-XII 6 10 14	38.8 38.1 38.1 36.2	96 90 88 74	niente	guarito	
11	s. C. Es. It.	18-XII al 7-I	Pulmonite bilaterale	20-XII 24 30 3-I	38 38.5 38.2 37.5	94 100 96 88	niente	guarito	
12	s. Ia. Es. Nem.	19-XII al 10-I	Pulmonite bilaterale.	21-XII 25 30 5-I	38.5 38.7 38.5 38.2	95 100 100 120	— gr. 1 » »	*morto*	In questo caso furono fatte le iniezioni endomuscolari di elettrargol a forti dosi.
13	s. K. Es. Nem.	25-XII al 7-I	Pulmonite bilaterale.	28-XII 31 3-I 5	39.5 37.5 38.5 38.5	130 110 118 120	gr. 1 » » —	*morto*	In questo caso furono fatte iniez. di elettrargol di forti dosi e dal 30-XII al 3-I si ebbe notevole miglioria con abbass. di temperatura, dopo si ebbe peggior.
14	s. N. Es, It.	25-XII al 10-I	Broncopulmonite destra.	30-XII 3-I 5 7	37.6 38.6 37.9 36.9	90 92 84 70	ctgr. 50 » — —	guarito	

Segue: *Casi d'influenza con complicazioni broncopulmonari.* Dic. 918-Febbr. 919.

N. d'ordine	Ammalato	Degenza	Diagnosi	Giorno	Temperatura	Polso	Digitale somministr.	Esito	Osservazioni
15	s. Sch. Es. Nem.	7-I al 20-I	Bronchite.	8–I	38	90	niente	guarito	
				12	38.2	94			
				16	37.5	90			
				18	36.9	80			
16	s. D. Es. Nem.	10-I al 22-I	Broncopulmonite bilater.	11–I	37.5	85	niente	guarito	
				13	37.8	94			
				16	37.2	90			
				19	36.7	85			
17	s. I.	10-I al 20-II	Pulmonite bilaterale.	12–I	38.6	90	—	guarito	
				16	38.2	98	ctgr. 50		
				20	38	90	»		
				24	37	80	—		
18	sold. Es. Nem.	12-I al 28-I	Pulmonite bilaterale.	14–I	39	90	—	—	
				18	39.2	98	ctgr. 50		
				22	38	80	»		
				26	36.8	66	—		
19	sold. Es. Nem.	14-I al 30-I	Broncopulmonite bilater.	16–I	38	86	niente	guarito	
				20	38.5	95			
				24	37.5	85			
				28	36.5	78			
20	s. M. Es. It.	20-I al 10-II	Pulmonite destra.	22–I	38.4	90	—	guarito	
				25	37.9	102	ctgr. 50		
				28	38.2	98	»		
				1–II	37.8	90	—		
21	s. R. Es. It.	15-I al 3-III	Broncopulmonite destra.	19–	38.2	96	—	—	
				21	37.8	94			
				25	37	82			
				28	36.2	80			
22	s. P. Es. Nem.	11-II al 5-III	Broncopulmonite bilater.	12–II	37.2	94	—	*morto*	In questo caso furono fatte anche iniez. endov. di elettrargol 3 da 5 cmc. e 3 da 10 cmc. dal 25-II al 2-III e non fu notato alcun miglioramento.
				15	37.3	104	gr. 1		
				20	37.5	104	»		
				1–III	38.2	110	—		
				3	37.5	114	—		
23	s. Z. Es. Nem.	15-II al 5-III	Broncopulmonite destra.	18–II	38.5	80	niente	guarito	
				20	39	85			
				23	38	70			
				27	36.8	60			
24	s. Si. Es. Nem.	14-II al 15-III	Gastroenterite, pleurite pur. destra	20–II	39	82	niente	—	Il 15 marzo fu inviato in reparto chirurgico per la toracotomia. La frequenza del polso coincide con l'inizio della pleurite.
				24	38.8	80			
				26	38	76			
				1–III	37.2	58			
				7	37.5	85			
				12	37.2	94			
25	s. N. Es. Nem.	15-II al 3-III	Broncopulmonite bilater.	19–II	38.4	90	—	guarito	Soggetto gracile e deperito.
				21	38.2	104	—		
				23	37.6	114	—		
				24	37.3	122	gr. 1		
				26	37.8	102	ctgr. 50		
				28	37.7	96	»		
				2–III	37.2	88	—		
				4	36.5	84	—		
26	s. St. Es. Nem.	18-II al 5-III	Bronchiolite.	22–II	39.2	100	niente	guarito	Soggetto gracile e deperito.
				25	39	102			
				28	38	96			
				1–III	37	88			
				3	36.5	80			
27	s. G. Es. It.	20-II al 7-III	Broncopulmonite bilater.	22–II	38.6	88	—	guarito	
				24	38.6	92	—		
				26	39	98	—		
				28	38.4	108	ctgr. 50		
				2–III	37.5	92	»		
				4	36.7	84	—		

ministrata alla dose di ctgr. 50 al giorno in tutti quei casi nei quali non sia controindicata per lo stato del miocardio.

Ospedale da campo 0125.

GIANNELLI dott. DOMENICO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 16 maggio 1919.

Presidenza del prof. DEVOTO.

Sulla rigenerazione ossea nelle fratture per arma da fuoco con estesa perdita di sostanza.

BALDO ROSSI. — Prendendo le mosse da una interessante constatazione fatta da Lériche e Policard (*Bull et mém. Soc. Chir.*, Paris. n. 25, 1918) che nel tessuto di granulazioni può, in determinate condizioni, verificarsi una ossificazione all'infuori di ogni attività periostale, l'A., in tre casi di gravi fratture per arma da fuoco, nei quali il trattamento dei processi infettivi in atto aveva richiesto una scheggectomia totale, col risultato di una estesa perdita di sostanza ossea, ha cercato di eccitare la rigenerazione di questa col seguente procedimento.

Recentati i due monconi residui, pratica in ciascuno una perforazione attraverso la quale conduce all'esterno le estremità di un fascio di crini di Firenze, adagiando la parte mediana nel solco granulante interframmentario e sopra di esso sutura le parti molli in modo da costituire intorno ai fili un canale chiuso stabilente come una continuità tra un canale midollare e l'altro.

Le estremità dei fili, lasciate lunghe, si annodano al di fuori della ferita, e ogni quattro cinque giorni si fa scorrere, previa disinfezione con tintura di iodio, il tratto esterno dentro nel canale e viceversa.

Questo materiale estraneo che viene lasciato in posto fino a che la neoformazione ossea non sia avanzata avrebbe il compito di esercitare una azione irritante sul tessuto di granulazione e sui resti di periostio e di eccitarne le proprietà osteogeniche.

Nei tre casi così curati (due fratture di omero, uno di gamba) l'A. ha ottenuto in breve tempo la riproduzione di estesi tratti di diafisi (8-10 cm.) e la neoformazione si è effettuata con modalità tali da far pensare che sia avvenuta precisamente lungo i fili.

L'A. si propone di studiare, con ricerche sperimentali, il processo di rigenerazione ossea in queste circostanze e stabilire il valore e il modo di azione dell'elemento irritativo, che nelle applicazioni cliniche da lui fatte ha dato così buoni risultati.

Rilievo di dettaglio nello studio radiologico del pneumotorace terapeutico.

FELICE PERUSSIA — Una delle condizioni fondamentali per la cura pneumotoracica della tisi polmonare, l'elisione cioè delle cavità morbose, è più difficile ad ottenersi di quello che abitualmente non si creda.

Se infatti si esaminano i pazienti, trattati col pneumotorace, colla radioscopia in proiezione obliqua, così da separare l'ombra del troncone polmonare compresso da quella del mediastino, si vede spesso come persistano evidenti immagini cavitarie nell'ombra uniformemente grigia del polmone collabito. E questo, mentre alla percussione ed all'ascoltazione le caverne erano diventate completamente mute ed il pneumotorace doveva giudicarsi alla stregua dei comuni criteri clinici, perfettamente riuscito.

A dimostrazione di questo fatto l'O. presenta diversi radiogrammi. Il rilievo non deve recare meraviglia quando si pensi alle condizioni di infiltrazione e di sclerosi in cui trovasi abitualmente il tessuto polmonare intorno alle caverne, e tale quindi da ostacolare il collabire dello stesso.

In due casi di pneumotorace provocato ad arte in individui sani per sfuggire al servizio militare, l'O., constatando l'assoluta uniformità dell'ombra del polmone compresso, sospettò la frode, ed infatti, lasciato riassorbire il pneumotorace, si potè constatare l'assoluta integrità del polmone.

Dott. L. PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Sindrome paralitica pelvi-trocanterica consecutiva a iniezioni intraglutee di chinino.

Quando vengano fatte da mani inesperte, le comuni iniezioni di chinino frequentemente dànno luogo o alla puntura chininica del grosso tronco nervoso dello sciatico o a reazioni infiammatorie perinervose con i noti e ben chiari sintomi di neurite sciatica paralitica post-chininica, che colpisce o tutto il tronco o un suo ramo, fra cui più frequentemente lo sciatico popliteo interno.

Alcune volte però l'iniezione dell'alcaloide può arrivare a ledere uno speciale *carrefour* nervoso, determinando la paralisi dei muscoli pelvi-trocanterici. Vediamo come.

I muscoli coxofemorali si possono dividere in due piani: l'uno superficiale comprendente i tre glutei, l'altro profondo costituito dai due gemelli, dal piramidale e dal quadrato crurale. Questi muscoli sono innervati dalle branche collaterali posteriori del plesso sacrale: tralasciando il grande gluteo, che è innervato dal n. piccolo sciatico, consideriamo il medio e il piccolo gluteo, innervati dal *n. gluteo superiore*: questo nervo è posto in fondo all'incisura ischiatica ed ha a sua volta accanto i *nervi del piramidale, dei gemelli e del quadrato crurale.*

A questo gruppo di nervi (gluteo superiore, n. del piramidale, dei gemelli e del quadrato crurale) Sicard e Roger (Paris méd., 1918, n. 45) hanno dato il nome di « carrefour nerveux éléctif ». Leso esso da una iniezione chininica, viene pregiudicata la funzione dei muscoli corrispondenti, che hanno la funzione di ruotare all'esterno il femore o di raddrizzare il bacino, a seconda del punto d'attacco che si considera.

Quindi è facile capire la sintomatologia clinica. Nella stazione eretta notasi atrofia della muscolatura glutea, con prominenza del gran trocantere e dell'ischio; nella posizione orizzontale, rotazione esterna dell'arto inferiore; nel cammino, claudicazione a tipo di lussazione congenita dell'anca. L'atrofia dell'arto è minima; la reazione elettrica dei muscoli comandati dal grande sciatico è logicamente intatta. I dolori subbiettivi, vivissimi in primo tempo nella regione dell'anca, s'attenuano e non si risvegliano che nei mutamenti di tempo.

A ciò aggiungasi un altro sintoma indiretto: il torpore del muscolo tensore della fascia lata. Questo muscolo è ancor esso innervato dal n. gluteo superiore; quindi subisce la sorte del medio e piccolo gluteo. Ora si sa che vellicando la pianta del piede, si ha una contrazione del tensore; nelle forme in questione siffatto riflesso manca o è debolissimo dal lato leso.

Noi abbiamo dunque una sindrome nella lesione di questo carrefour nervoso: atteggiamento particolare dell'anca, speciale claudicazione, impossibiltà o quasi di ruotare all'esterno l'arto inferiore, abolizione o grave diminuzione del riflesso del tensore, disturbi della reazione elettrica del medio e piccolo gluteo (gli altri muscoli darebbero egualmente alterata reazione elettrica ma sono troppo profondi per essere saggiati).

Siccome non è raro, specie oggi, di vedere ammalati, nei quali le iniezioni intraglutee di chinino producono danni più o meno facilmente individualizzabili, non sarà inutile aver segnalato questo quadro clinico, la cui prognosi qualche volta è riservata *quoad restitutionem ad integrum.*

G. SABATINI.

La reazione di Herxheimer per il chinino nella malaria.

Analogamente a quanto si osserva talvolta per il mercurio nella sifilide, cioè un'esagerazione dei sintomi, si notano talora nella malaria accessi febbrili dovuti al chinino. In due casi osservati da Autric *Bulletin de l'Académ. de Medécine,* 1 genn. 1919) la sospensione del chinino fu sufficiente per troncare gli accessi, che venivano giornalmente.

La reazione di Herxheimer per la chinina è attribuita al fatto che con la distruzione dei parassiti per mezzo del chinino, si mettono in libertà dei prodotti tossici, che provocano l'accesso febbrile; il chinino può dunque essere dannoso, qualora venga somministrato troppo poco tempo prima dell'accesso, che viene da esso rinforzato. Il pericolo è maggiore nelle forme gravi; quando sono stati raggiunti i limiti di resistenza dell'organismo.

La quantità di chinino non deve, secondo l'A. essere proporzionale alla gravità dell'accesso, anzi, al contrario, quanto più grave è l'infezione, maggiore deve essere la prudenza per quanto riguarda la dose. Quando non si conosce l'ora del ritorno dell'accesso, e quindi non si può dare il chinino otto ore prima di questo, è meglio somministrarlo dopo di esso, o, almeno quando si inizia la defervescenza. Nella malaria grave, perniciosa, si deve fare il trattamento sintomatico prima di iniziare quello chininico, che, specialmente con le grandi dosi, può esagerare i sintomi e portare a morte l'ammalato.

fll.

Intossicazione da pasta di Beck al sottonitrato di bismuto.

I buoni risultati terapeutici, che si ottengono con la pasta di Beck, sono fuori discussione; però, in relazione alla possibilità di avvelenamento, sarà necessario assicurarsi prima dell'uso, che il fegato ed i reni funzionino bene. I fenomeni tossici dovuti al bismuto sono da attribuirsi alla trasformazione dei sali insolubili in sali solubili; ciò accade per l'azione dei liquidi dell'organismo e specialmente per sostanze albuminoidi, che favoriscono la solubilità dell'ossido metallico.

Bisogna evitare l'uso del sottonitrato di bismuto nelle larghe ferite, per le quali sono appunto riferiti i casi di intossicazione. Per quanto riguarda l'uso della pasta di Beck, bisogna guardarsi dall'iniettarne quantità troppo grandi e, ad ogni modo, si deve stare attenti ai primi sintomi di intossicazione, per lavare il tratto fistoloso con olio sterile, e riempirlo nuovamente con olio, che vi si lascia in posto per 24 ore.

L'asportazione della pasta per mezzo del raschiamento aprirebbe nuove vie all'assorbimento.

Eliminata la pasta, ogni pericolo di intossicazione è scomparso e non si deve dare troppa importanza ad una colorazione bluastra delle gengive, che lo stesso Beck ha osservato nel 20 % dei casi, senza sintomi tossici.

Ad ogni modo, per evitare qualsiasi pericolo, alcuni chirurghi consigliano l'uso del carbonato, in vece del sottonitrato.

(*New York. Med. Journal*, 29 marzo 1919.

r. s.

Il valore dei metodi terapeutici della sifilide.

I numerosi metodi di cura della sifilide possono riunirsi in tre gruppi: 1) medicazione mercuriale; 2) arsenicale; 3) metodo misto simultaneo.

La cura mercuriale esclusiva è poco in favore attualmente: con le dosi abituali, non si impediscono gli accidenti delle mucose; si è quindi tentato di elevare le dosi, ottenendone spesso l'intolleranza per il medicamento, o di somministrare il calomelano per via endovenosa, ciò che non ha impedito in un caso di M. Pinard (*Presse médicale,* 8 maggio 1919) che si sviluppasse una sifilide maligna.

Il metodo misto (novarsenobenzol e bijoduro, cianuro od olio grigio; galil e preparati mercuriali) è attualmente in favore: sembra però che esso esponga ad accidenti mucosi recidivanti, od a complicazioni. In esso, di fatto, o le dosi arsenicali sono deboli, od il trattamento è quasi esclusivamente mercuriale, con i noti inconvenienti, oppure è in dosi sufficienti ed allora il rene ed il fegato possono risentirsene del doppio attacco simultaneo.

Nel metodo arsenicale, l'A. ha la più piena fiducia, specialmente sull'uso dell'arsenobenzol (salvarsan); il novarsenobenzol (neosalvarsan) è più facile a maneggiare, ma è meno attivo ed è molto instabile, alterandosi rapidamente all'aria e col calore; di più, al contrario del salvarsan, esso non è un colloide.

Per evitare qualsiasi incidente spiacevole, l'A. consiglia quindi di non fare contemporaneamente un trattamento mercuriale ed arsenicale attivi, e di non iniziare il trattamento arsenicale con dosi superiori a gr. 0.10 per il salvarsan ed a gr. 0.15 per il neosalvarsan.

Appena stabilita la diagnosi, ed accertatisi che l'urina non contiene albumina, zucchero od urobilina, si fa una prima iniezione di gr. 0.10; 3 giorni dopo, di gr. 0.20; 4 giorni dopo di gr. 0.30; e poi ad una settimana di intervallo, di gr. 1.50, 0.60, 0.60; in tutto quindi sei iniezioni ed una quantità totale di gr. 2.30. La durata del trattamento è minore di un mese, raggiungendosi le dosi utili senza pericoli.

Questa è la così detta *cura di imbiancamento,* ma può darsi che, se applicata precocemente, dia la sterilizzazione definitiva.

fil.

Due casi di Sodoku guariti con una sola iniezione di novarsenobenzolo.

Sono riferiti da Solly (*The Lancet,* 22 marzo 1919; rec. in *Presse médicale,* 1 maggio 1919, pag. 25).

Il primo caso riguarda un uomo, affetto da tubercolosi antica e poco manifesta, che fu morsicato ad un dito da un topo. La piccola ferita guarì rapidamente, ma dopo tre settimane sopravvennero degli accessi febbrili che si ripetevano ogni due o tre giorni, con t° a 40° ed erano accompagnati da vivi dolori alle gambe e al dorso e da un intenso prurito cutaneo. Modiche adenopatie ascellari ed epitrocleari. Emocolture, ricerche in preparati a striscio ed ultramicoscopiche negative, leucocitosi notevole (17000), polinucleosi accentuata (90 %). Una iniezione endovenosa di 0.45 gr. di novoarsenobenzolo, fatta al momento di un accesso, fa scomparire la febbre. Dopo un mese si ebbe una lieve e fugace elevazione termica, dopo di che la guarigione fu completa.

Nel secondo malato colpito, un mese dopo la morsicatura, da accessi febbrili intensi della durata di 24 ore e che si riproducevano ogni 4 giorni, i quali si ripetettero per 4 mesi ed erano associati a vomiti, a cefalee e ad un eritema maculoso generalizzato assai pruriginoso, il medesimo trattamento fece cessare ogni fenomeno.

Anche qui, dopo un mese, si osservò una leggera elevazione di t° a 38° 7, che non si ripetè. Non si riscontrarono spirocheti nel sangue: alla emocoltura si ebbe lo sviluppo di un bacillo coliforme, dovuto certamente ad inquinamento.

Secondo l'autore la questione dell'agente patogeno del Sodoku non è ancora risoluta: forse si tratta di un'infezione di origine batterica. Il benefico effetto dell'arsenobenzolo, che può aversi anche in malattie che sono assolutamente non di origine spirochetica, non implica di necessità che questa infezione si debba a spirocheti.

V. Montesano.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

Stenosi esofagea organica.	Spasmo del cardias.
Antecedenti.	
Disfagia per i solidi, tardiva per i liquidi.	Disfagia, dapprima per i liquidi, poi per i solidi: in seguito si mantiene per questi.
Disfagia costante dall'inizio.	Alternative di disfagia e deglutizione normale, che precedono per molti anni lo stabilirsi del male.
Assenza di salivazione.	Presenza di salivazione.
Stenosi unica.	Presenza di spasmi concomitanti e transitorî della porzione superiore dell'esofago.
Esame radioscopico.	
Dilatazione prestenosica dell'esofago che può mancare.	Non manca mai la dilatazione esofagea prestenosica.
Dilatazione di media grandezza regolare.	Dilatazione enorme con fondi di sacco, irregolare.
Movimenti antiperistaltici evidenti.	Movimenti antiperistaltici evidenti.
Terminazione cuneiforme o filiforme dell'esofago.	Terminazione sacciforme.
Sondatura.	
La stenosi è localizzata molto in basso, al cardias od alla regione sottodiaframmatica dell'esofago.	Stenosi sempre nella regione sopradiaframmatica: parecchi centimetri sopra al cardias.
La sonda si ritira macchiata di sangue.	Il sangue si osserva solo con manovre forzate.
Esofagoscopia	
Presenza di tumore o cicatrice.	Stenosi assolata a mo' di sfintere.
Nel caso di cicatrice la stenosi si oltrepassa facilmente.	Stenosi difficilissima da passare.
Segmento sopra stenosico normale o con scarsa dilatazione.	Considerevole dilatazione della porzione soprastenosica.

l. b.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Infezioni sperimentali inapparenti.

Ch. Nicolle e Ch. Lebailly (*C. R. Académie des Sciences* 14 *aprile* 1919.), durante le ricerche sul tifo esantematico, hanno visto che talora negli animali inoculati vi può essere infezione senza alcuna manifestazione clinica. Per queste infezioni gli AA. propongono il nome di *inapparenti* (noi le chiameremo piuttosto infezioni silenziose); esse si svolgono nell'animale inoculato come di norma, con un periodo d'incubazione, uno di stato infettivo, uno di convalescenza, senza però che vi sia alcun segno esterno che le renda manifeste. Gli AA. ritengono che infezioni simili possano esservi anche per altre malattie e che alcune febbri dell'uomo potranno in tal modo venire trasmesse e conservate negli animali da sperimento ritenuti finora refrattari. *g. s.*

I fermenti protettori per gli idrati di carbonio nell'organismo vivente.

L'esistenza nel sangue vivente di fermenti protettori per il saccarosio, il lattosio, il glicogene è controversa perchè da un lato alcuni autori non hanno ottenuto inversione degli zuccheri tenuti a contatto con siero, dall'altro. Abderhalden ha dimostrato che il sangue possiede un'azione diastasia complessa per gli idrati di carbonio e che facilmente per iniezione di ques'ultimi si formano nel plasma, l'invertina ed altri fermenti.

P. Albertoni (*Biochimica e terapia sperimentale*, genn. 1919) già aveva notato che una metà del saccarosio iniettato rimane nell'organismo.

Egli poi aveva riconosciuto che, poichè l'iniezione endovenosa di glicogene determina iperglicemia, si deve ritenere che nel sangue esiste o si forma facilmente un fermento protettivo,

cioè diastasico, capace di trasformare il glicogene in glucosio.

Le nuove esperienze dell'A. dimostrano che nel sangue esistono — o si formano rapidamente — fermenti protettivi per il saccarosio, lattosio, glicogene.

L'iniezione endovenosa di queste sostanze determina iperglicemia, la quale evidentemente dipende da produzione di glucosio per opera di un fermento. Siccome poi il maltosio non determina iperglicemia, è da ritenersi che esso possa essere direttambente assimilato, senza passare allo stato di glucosio.

Le iniezioni di amido non danno iperglicemia.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1095) *Quesiti sifilidologici.* — All'abbonato n. 10256:

La sifilide può essere trasmessa con la vaccinazione quando si adoperi uno strumento non sterilizzato.

Una lancetta, usata già per un sifilitico in periodo terziario, se non è convenientemente sterilizzata, può trasmettere la sifilide. La sterilizzazione mercè detersione con alcool denaturato non ci sembra sufficiente.

L'organismo umano, durante il periodo d'incubazione del sifiloma, o accidente iniziale, non è dotato di alcun potere immunizzante contro una nuova infezione. Comparso il sifiloma, questo è autoinoculabile in generale solo nei primi 11 giorni del suo sviluppo: eccezionalmente, anche in periodo più avanzato.

Nel periodo secondario e terziario, con manifestazioni in atto, l'organismo non è refrattario in modo completo ad un nuovo contagio; ma i suoi tegumenti possono rispondere ad esso con una lesione specifica che in generale assume i caratteri clinici ed anatomici delle lesioni di cui l'individuo è in quel momento affetto e che rappresentano le manifestazioni della sua infezione sifilitica.

Il potere immunitario dell'organismo infetto, quando esistono manifestazioni secondarie o terziarie in atto, è perciò tutt'altro che assoluto, perchè non impedisce l'attecchimento di un nuovo innesto sifilitico.

Nei periodi di latenza invece l'organismo risponderebbe costantemente in modo negativo all'inoculazione specifica.

Concludendo, nel corso della malattia l'organismo non si presenta completamente immune: il modo speciale del sifilitico di reagire al virus specifico nel periodo secondario e terziario con manifestazioni in atto, diverso dalla reazione che il virus stesso provoca in un soggetto sano, sta in certo modo ad indicarci dei mutamenti causati nell'organismo dalla malattia e può essere più esattamente indicato con il nome di « allergia » nel senso che v. Pirquet dà a questa parola.

Avvenuta la guarigione, l'organismo rimane per un certo tempo refrattario al virus sifilitico, cioè immune nel vero senso della parola. Questa immunità, dapprima assoluta, probabilmente diminuisce col tempo fino a scomparire, lasciando perciò l'organismo suscettibile ad una nuova infezione. (Cfr. P. SENSINI: *Reinfezione e superinfezione nella sifilide.* Ancona, Tip. Pucci, 1914).

V. MONTESANO.

(1096) *Sierodiagnosi del dermotifo.* — All'abbonato n. 417:

La reazione agglutinante per il *Proteus* X 19, che si ottiene col siero dei dermotifosi, scompare qualche tempo dopo la caduta della febbre, ma al 3° o 4° giorno di convalescenza, è ancora dimostrabile. Anzi in quel periodo di tempo la curva dell'agglutinazione raggiunge, in molti casi, il suo *maximum.* La sierodiagnosi, allestita nei primi giorni di convalescenza, se nettamente positiva, in rapporti non inferiori ad 1:100, fa fede di una pregressa infezione di tifo petecchiale; se negativa esclude la diagnosi di dermotifo, perchè sembra che solo in alcuni casi gravissimi e letali si possa avere una reazione di Weil-Felix negativa, pure trattandosi di tifo esantematico.

G. SAMPIETRO.

(1097) *Otti medie suppurate croniche dell'infanzia.* — All'abb. n. 3564:

È questione complessa quella proposta, a cui non si può in questo luogo rispondere che in modo succinto. Anzitutto un'otite media purulenta cronica nell'infanzia, a meno che non sia secondaria a morbillo o a scarlattina (in questa ultima specialmente si hanno frequenti e gravi lesioni ossee timpaniche, che mantengono la suppurazione), è legata a un imperfetto funzionamento della tuba eustachiana, e a sepsi faringea, per rinofaringite catarrale, per vegetazioni adenoidi, ipertrofia tonsillare. Riconosciute queste cause, esse debbono *assolutamente* allontanarsi e si vedranno in tal guisa guarire delle otiti insistenti, tenaci a tutti i rimedi.

Ad ogni modo, per la cura locale si dovranno evitare tutte le lavande dalla via del meato; pulizia del condotto e della cassa timpanica con ovatta imbevuta in $H^2 O^2$ o in protargolo 2 %, quindi medicatura asciutta della cassa, con garza al vioformio, allo iodoformio, al protargolo, come *se si trattasse di medicare una ferita.* Curare

con instillazioni di antisettici (mentolo e derivati, sali di argento) il naso. Non trascurare infine lo stato generale: linfatismo, rachitismo, scrofola, ecc.

Per maggiori ragguagli si vegga il volume di Bruzzone, *La suppurazione dell'orecchio nell'infanzia*, Torino, Utet, 1915.

G. BILANCION).

(1098) *Manuali di Medicina legale.* — Al dott. P. P., di Melilli:

Cevidalli Attilio. « Medicina legale ». Società ed. libraria, Milano. — Ascarelli A. « Medicina legale » (dono del *Policlinico*). Lacassagne. « Manuale del medico perito ». F. Vallardi ed. Milano.

Manuali di Odontojatria — A. Chiavaro. « Elementi di odontojatria ». Amministrazione del « Policlinico ». — R. G. Metnitz. « Trattato di odontojatria per medici e studenti ». F. Vallardi ed., Milano.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

BOTTAZZI PROF FILIPPO. *Alimentazione dell'uomo.* Nozioni teoriche e pratiche. Un vol. in 16° di pagine 227. G. Giannini ed., Napoli. Prezzo L. 5.

L'argomento dell'alimentazione è sempre più che mai interessante, anche tenuto conto della scarsezza degli alimenti e del loro costo elevato, ciò che costringe ad una saggia economia e ad una razionale utilizzazione.

Il fisiologo dell'Ateneo napoletano espone la complessa questione, partendo dai principî teorici sulla costituzione e digeribilità degli alimenti, sul ricambio energetico, per arrivare ai dati pratici, sia sulla composizione delle varie razioni convenienti per le diverse condizioni di vita e di attività (soldati, lavoratori, bambini, donne incinte e nutrici), sia per ottenere con l'alimentazione razionale, la massima economia.

L'A. mette in rilievo gli svantaggi che presentano e razioni proteiche minime, e l'utilità invece dell'eccesso di proteine, le quali sono anche un elemento più atto che gli idrati di carbonio ed i grassi per produrre calore nell'organismo. Non è pratico però che la razione giornaliera sia costituita di sole proteine, di cui come razione basale sono necessari 100-120 gr.; 1/3-1/2 di queste però debbono essere costituite da proteine animali. Importante è anche la quantità del grasso, che deve costituire il 50 % della razione del poppante, ed il 20-25 % da 6 anni in poi.

Una ricca raccolta di tabelle completa questa utile opera di divulgazione scientifica.

fil.

TOGNOLI PROF. EDGARDO. *La vigilanza igienica sulle sostanze alimentari.* Un vol. in-16°, di pagine 476, rilegato, U. Hoepli ed. (Manuali Hoepli), Milano, prezzo L. 9.50.

Una stretta vigilanza sulle sostanze alimentari diventa un'estrema necessità di difesa sociale in questi tempi in cui le adulterazioni e le sofisticazioni sono di una frequenza impressionante. L'A. riunisce in questo manuale le più importanti nozioni sulla materia, che debbono essere possedute dal chimico analista ed igienista, scegliendo accuratamente i metodi esposti in modo che risultino i più pratici. Per ogni argomento trattato l'A. aggiunge tutte le disposizioni della legge, fornendo i criteri per l'interpretazione dei risultati, e raccoglie in quadri riassuntivi le modificazioni imposte dai regolamenti locali di igiene delle varie provincie italiane, lavoro che è fatto di pazienti ricerche ed è di incontestabile utilità.

fil.

H. WINGFIELD. — *The forms of alcoholism and their treatment.* Un vol. in-16° di pag. 76. — Londra, H. Frowde e Hodder Stoughton, 1919. Rilegato, scell. 5.

In rapidissima sintesi l'A. tratta il problema sociale dell'alcoolismo, le forme croniche principali di questa intossicazione e la loro patogenesi eccettuatene alcune sequele, come la cirrosi epatica e la neurite alcoolica; da ultimo il trattamento: notevole sovratutto è questo ultimo capitolo, il quale per solito è del tutto trascurato nei libri di medicina.

R. B.

VARIA.

La mortalità da serpenti e da altri animali nelle Indie.

Il vice console inglese a Calcutta, Charles M. Hagwood, informa *(Commerce Reports)* che nelle Indie Inglesi durante il 1917 le morsicature dei serpenti velenosi provocarono la morte di 23.918 persone, ciò che segna un aumento di circa 300 sul 1916; che furono uccisi 73.968 serpenti, contro 65.765 nel 1916, e che furono pagate poco più di 5.000 lire in premi; che gli animali selvaggi sbranarono 2.176 persone, ossia 102 meno che nel 1916: le tigri furono responsabili di 1.009 morti, i leopardi di 339, i lupi e gli orsi di 280, i coccodrilli e gli alligatori di 199, i cinghiali di 89, le iene e gli elefanti di 89; furono uccisi 19.476 animali selvaggi, di cui 1.295 tigri, 6.037 leopardi, 2.147 lupi (Dal *Journal A. M. A.*, 1 febbraio 1919).

L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Ministero della Sanità ed Assistenza pubblica?

Da Milano, in accordo coi medici socialisti deputati, è partita l'idea della costituzione di una *associazione nazionale dei medici socialisti*.

Riporto dai numeri del progaramma: « Riforma del Consiglio di Sanità e degli organi sussidiarii e *creazione di un Ministero speciale* ».

Io non so se questo Ministero dovrebbe essere formato come vorrebbe l'on. Pietravalle: guardate come ci sarebbe da stare allegri:

I. Direzione generale dei servizi sanitari, con 4 divisioni;

II. Direzione generale dell'Igiene sociale, con 4 divisioni;

III. Direzione generale della Sanità militare, dell'esercito e dell'armata (compreso il controllo della Croce rossa in servizio pagato o sussidiato dallo Stato);

IV. Direzione generale dell'assistenza sociale, con 4 divisioni.

Vi dovrebbe poi essere un Consiglio superiore della Sanità ed assistenza pubblica ed un Ispettorato generale e laboratorii centrali della Sanità pubblica con rispettive segreterie.

La salute pubblica, pare a me, potrebbe essere doppiamente compromessa:

a) Anzitutto nessuno sente il bisogno di un nuovo organismo complesso che da Roma intende vigilare su tutto il funzionamento igienico sanitario del Regno: bisogna migliorare quello esistente chè è più semplice e lascia più libera iniziativa ai bisogni e competenze locali. Non escludo che necessità di riforme possa essere sentita alla direzione generale, ma, soprattutto, esse si impongono negli uffici provinciali e comunali d'igiene.

Già più volte ho ripetuto come una delle ragioni per le quali il medico, addetto ad uffici d'igiene, trova ostacoli nell'esplicare la sua funzione sociale, si è perchè la burocrazia gli toglie, nella maggioranza dei casi, la possibilità di essere esclusivamente medico e non in gran parte impiegato burocratico. Il medico igienista, provinciale o comunale, è funzionario che deve aver modo di conservare sempre la sua cultura clinica, perchè l'igiene implica la conoscenza della fisiologia e della patologia, altrimenti diventa fredda e stupida burocrazia.

Il medico igienista deve sforzarsi di evitare il male e di tendere al bene per migliorare la razza umana. Lotta per impedire lo insorgere di malattie infettive e contagiose, per limitarle qualora si verifichino; lotta contro le conseguenze della miseria (cattiva alimentazione, impropria abitazione, ecc.); lotta contro le maggiori piaghe sociali (mortalità infantile, tubercolosi, ignoranza igienica, alcoolismo, ecc.).

Vorremo render ancora più lenta e tarda la funzione sociale delle scienze mediche, con direzioni, divisioni, sezioni, segreterie, laboratorii centrali, o non piuttosto migliorare gli organi periferici guarendoli dalla burocrazia? Bisogna aver coraggio e svecchiare e dare veramente in mano ai direttori di Uffici d'igiene ed ai medici provinciali le redini di tutte le forme di medicina preventiva e di assistenza pubblica: poco importa se verrà turbato il quieto vivere o riconosciuta l'insufficienza di taluni travets della vigilanza igienico-sanitaria. Bisogna badare che non si moltiplichino istituzioni di beneficenza ed occorre sommare, coordinare, le diverse energie, per evitare sperpero di denaro;

b) Non può comprendersi una associazione nazionale di medici iscritta ad un dato partito per dar caccia alla direzione di un servizio che deve avere, principalissima, indispensabile caratteristica, carattere apolitico.

Forse che per un posto si dovrà badare non al valore ma alla tinta politica? Ogni medico come uomo, fa o si sente di far parte di un dato partito ma credo che tutti i medici non potrebbero sottostare a colleghi insediatisi solo per ragioni politiche, nè agirebbero secondo circolari di impiegati di un Ministero medico, socialista o clericale o d'altro partito. Un Ministero della Sanità appartenente ad un partito sarebbe un insulto all'arte divina: la Medicina.

Quello che importa veramente gli è di lottare, con sano spirito democratico, perchè la professione del medico abbia ad essere migliorata, elevata dal punto di vista morale, intellettuale, materiale.

Bisogna anzitutto pensare ai futuri medici e riformare gli studii procedendo ad una radicale riforma universitaria: forse che la carriera di insegnamento deve, spesso, essere riservata ai ricchi od a coloro che con aderenze, di diversa natura, possono conquistare una cattedra troppo spesso etichetta per lauto guadagno professionale?

Bisogna diminuire il numero delle Università ed aumentare il bilancio della Pubblica Istruzione per aumentare il numero dei professori che attendono alla scuola ed alla scienza: vi è penuria di maestri in così grande abbondanza di professori!

Bandire concorsi per esami, serii e pubblici, e

per titoli ad ogni posto (universitario, provinciale, comunale, ospitaliero): deve essere libera e piena la possibilità di dedicarsi all'insegnamento ad ogni cultore delle scienze mediche.

Impedire che medici usino del titolo di specialista senza serie garanzie di studii ed esperienza clinica.

Bisogna riformare il Consiglio superiore di Sanità: organo decorativo che ingoia relazioni e provvedimenti che gli arrivano già digeriti.

Svecchiare, urge, le presidenze ed i consigli di tutte le istituzioni con carattere medico, ed impedire che gli stessi uomini, senza poter spendere l'energia relativa, facciano parte di troppe commissioni, accettino troppi incarichi: si ritardano ed ostacolano spesso, così, le migliori iniziative.

Necessitano riforme nell'assistenza pubblica attinenti alle assicurazioni sociali, e miglioramenti nella legislazione del lavoro.

Bisogna allargare il campo di azione degli Ordini dei sanitari.

Bisogna seriamente e presto lottare contro la mortalità e morbilità infantile e contro la tubercolosi, magari istituendo una tassa speciale; reclamare la bonifica dei terreni paludosi e la scomparsa delle abitazioni insalubri, ecc.

Dobbiamo infine orientare la cultura del medico ad un sano e reale patriottismo facendo conoscere la storia della medicina italiana a troppi che ammettono, per opportunità di ignoranza, la superiorità della cultura straniera sulle meravigliose osservazioni cliniche e sperimentali del genio italiano.

***

Ogni medico deve essere un vero sincero democratico, nel senso più vero e più ampio della parola, deve intendere cioè la vita come una missione rivolta al bene individuale e sociale; dovrà badare però nel dare il voto, a coloro che devono sovraintendere alla vigilanza della salute pubblica, alla dottrina, esperienza, attività individuale e non al colore politico.

Queste mie considerazioni son certo troveranno simpatica eco tra i colleghi, che non sono offuscati da spirito di parte, ed il pubblico.

Padova, 16 maggio 1919.

Prof. FRANCESCO VALTORTA.

Un nuovo segno di eredo sifilide nei bambini è stato osservato da D. Tanturri. Il margine libero del velo palatino, vicino al pilastro anteriore ed alla base dell'ugola presenta una dentellatura, dovuta a piccole erosioni, larghe 1-2 mm. L'ugola conserva la sua mobilità ed il velo palatino le reazioni alle eccitazioni. La lesione è sempre bilaterale.

(*La Pediatria*, 1919, n. 1).

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza igienica (Roma, 23-24 maggio 1919).

Riportiamo gli altri ordini del giorno approvati dal congresso.

Igiene Scolastica.

Il Congresso ecc.;

venuto a conoscenza che la R. Commissione per l'igiene scolastica si sta occupando della compilazione di un Regolamento per la difesa della Scuola dalle malattie infettive in sostituzione del Regolamento Ministeriale 23-X-903 e delle istruzioni annesse, mentre esprime il suo compiacimento per questa iniziativa,

fa voti

che il progetto di tale nuovo Regolamento venga, prima della approvazione definitiva, comunicato alle Associazioni tecniche che per le speciali funzioni dei loro membri possono dare un utile contributo di idee e di proposte;

esprimendo fino da ora l'opinione:

che se, nella determinazione di periodi dallontanamento dalla scuola per le malattie infettive, può essere opportuno di fissare termini con valore tassativo per quei Comuni che non hanno un servizio di Vigilanza igienico-sanitaria; essi debbano servire, là, ove questo esiste, solo come criterio di massima, lasciando agli Ufficiali Sanitari, e per loro ai Medici scolastici, la facoltà di modificare tali limiti in rapporto alle condizioni individuali del caso per caso;

che, per esempio, si dia per la *difterite* la massima importanza, là ove possa eseguirsi, all'esame batteriologico, riammettendo senz'altro i convalescenti dopo due reperti negativi ottenuti alla distanza di cinque giorni l'uno dall'altro;

che per il *morbillo* sia sufficiente criterio la guarigione clinica;

che per il *tifo*, data la variabilità della sua durata, sia rimesso il giudizio all'Ufficiale Sanitario;

che per i coabitanti con malati di *pertosse, parotite e varicella* non vi sia ragione di allontanamento, e che questo non sia tassativo neppure per il *tifo*, ma giudicato caso per caso;

che la *disinfezione* sia applicata con criteri positivi e razionali, a giudizio del tecnico, insistendo energicamente per una migliore e più accurata pulizia quotidiana della scuola;

che la *chiusura* della scuola per malattie infettive non sia che un provvedimento assolutamente eccezionale e riservato alla facoltà dell'Ufficiale Sanitario.

Il Congresso stesso inoltre fa voti:

che nella *costruzione dei nuovi edifici scolastici* si tenga un maggior conto delle norme e delle esigenze della igiene scolastica, con un maggior rispetto al parere del tecnico, così da evitare errori gravissimi e deficienze (bagni) che attualmente si costatano nei nuovi edifici.

Per l'Associazione Italiana per l'Igiene della Scuola
Prof. M. RAGAZZI (Genova) —
Dott. G. PALOMBA (Roma).

Propaganda igienica.

Il Congresso ecc.;

ritenendo che il rinnovamento igienico nazionale dipenda in grandissima parte da un intenso lavoro di propaganda, da organizzarsi con metodo e con larghi mezzi e,

convinto che l'opera più urgente sia quella di preparare elementi atti a svolgere la volgarizzazione dei principii fondamentali dell'igiene, che devono diventare il patrimonio intellettuale di ogni cittadino, per essere poi il movente di un razionale metodo di vita;

fa voti

1. che l'insegnamento dell'igiene nelle Università possa esplicarsi con una abbondanza di mezzi e una precisione di vedute corrispondenti alla sua importanza sociale;

2. che si debbano introdurre opportune innovazioni in tutti gli istituti destinati a preparare educatori — dalla Scuola Normale all'Università — per avere Maestri coscienti del valore dell'Igiene e capaci di farne accettare e rispettare i principii tra la popolazione scolare;

3. che si organizzi seriamente nei Comuni un servizio di vigilanza igienico-sanitaria su tutti gli istituti d'educazione e d'istruzione, integrato dai necessari mezzi di profilassi, di assistenza, di cura;

4. che la educazione fisica, attuata sotto la guida di abili tecnici, in ambienti adatti con sistemi razionali e corrispondenti alle esigenze dei vari periodi di sviluppo, abbia nelle scuole quel l'incremento che sarà elemento indispensabile per avviare i giovani ad una vita fisicamente più attiva e preparatrice di organismi più idonei e resistenti alla lotta per la vita;

5. che sorgano, a complemento delle istituzioni ufficiali, delle libere iniziative che le integrino e che, facendo apprezzare l'importanza e l'utilità delle provvidenze igieniche, attraggano le simpatie del pubblico e lo spingano a pretenderne la più larga applicazione.

Prof. A. SCLAVO (Firenze).
Prof. M. RAGAZZI (Genova).

Assistenza e Previdenza.

Il Congresso ecc.:

preso atto che è imminente la promulgazione delle Assicurazioni contro le malattie

fa voti

che sia, per esse, prevista tale larghezza di mezzi che permetta loro di esplicare una intensa azione di profilassi sanitaria integratrice di quella dei Comuni e dello Stato.

Il Congresso ecc.:

preso atto che una Commissione nominata dal Ministro per l'Industria, il Commercio ed il Lavoro sta studiando la trasformazione dell'assistenza sanitaria in istituto di previdenza sociale per mezzo delle Assicurazioni;

considerato che per tale riforma l'assistenza sanitaria potrà venire anche totalmente sottratta ai Comuni;

affinchè il Ministro per l'Interno, al quale spetta la vigilanza e la tutela della pubblica salute, possa in ogni luogo assicurare tale servizio con funzionari da esso dipendenti pel tramite dei Comuni;

fa voti

1. che si provveda alla integrazione delle attribuzioni di Ufficiale Sanitario con quelle di carattere non curativo demandate finora ai medici condotti (vaccinazioni, necroscopie, ecc.);

2. che all'istituendo medico fiduciario delle Assicurazioni sia conservato l'obbligo di assumere, occorrendo, e dove non sia possibile provvedere con apposito personale l'incarico così integrato di Ufficiale Sanitario.

Dott. A. MARTINELLI
Presidente A. N. M. C.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7830) *Pensioni.* — Dott. D. N. da S. C. C. Avendo Ella aderito alla Cassa di previdenza anteriormente alla legge 2 dicembre 1909, numero 744, ha diritto al riscatto gratuito degli anni di servizio, purchè non superiori a 15, prestati prima del 1ª gennaio 1899. Cosicchè Ella può utilizzare gli anni prestati dal 1895 al 1898 incluso. Gli anni successivi dal 1899 al 1901 non possono essere riscattati.

(7831) *Servizio interinale e militare - Effetti a riguardo della pensione.* — Dott. L. C. da R. Giusta quanto dispone l'articolo 30 del testo unico della legge sulle Casse di previdenza, sono calcolati utili ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione e, cioè, del minimo di tempo necessario per conseguirla, il servizio militare con interruzione di carriera, i servizii interinali e provvisorii nonchè i servizii effettivi non riscattati. Non è però, tenuto conto del numero degli anni di tali servizii per stabilire la misura dell'assegno di riposo.

(7832) *Nomina a medico condotto.* — Dott. V. S. da P. Il mancato espletamento del concorso, sospeso per effetto del D. L. del 31 agosto 1915,

non dà alcun titolo di preferenza a coloro che avrebbero potuto, a suo tempo, prendervi parte.

(7835) *Indennità caro-viveri - Infortunii sul lavoro.* — Dott. F. M. da V. Il Ministero dell'interno con Circolare dell'11 aprile 1919, n. 37506, dichiarava che le indennità caro-viveri agli ufficiali, debbono essere corrisposte dalla amministrazione militare qualora l'ufficiale percepisca stipendio eguale o superiore a quello civile e dalla amministrazione civile ogni qual volta lo impiegato richiamato alle armi goda di uno stipendio civile superiore a quello militare. L'amministrazione civile corrisponderà l'indennità di cui trattasi dietro esibizione da parte del funzionario stesso di una apposita dichiarazione, vistata dalla autorità militare, comprovante che la indennità medesima non viene corrisposta dalla amministrazione della Guerra. Avendo Ella ricevuto la differenza fra i due stipendii dal Comune, deve da questo ricevere la indennità in parola, previa esibizione del sopraindicato certificato. Nei casi di infortunio spettano al medico i compensi pei certificati e quello per le prime immediate cure a carico della impresa, giusta il disposto dell'art. 15 del Regolamento 13 marzo 1904, n. 141.

(7836) *Caro viveri.* — Dott. F. O. da B. Sempre quando il Consiglio comunale non abbia deliberato l'aumento di cui al D. L. del 10 febbraio 1918, può ora ottenere la sola indennità caro-viveri stabilita su lire 100 se, ammogliato ed in 65 mensili se celibe, oltre cent. 85 per ogni figlio oltre i primi tre.

7837) *Infortuni sul lavoro - Spesa assistenza medica.* — Dott. V. B. da G. Le spese dell'assistenza medica inerente alle prime cure di un infortunato sono sostenute dalla medesima impresa che corrispose la spesa della cura chirurgica e vanno a beneficio dell'ospedale che ricoverò lo infortunato e che apprestò tanto la cura chirurgica quanto quella medica. La diaria di spedalità occorsa fino a quando l'infortunato non fu messo in grado di usufruire della cura normale gratuitamente dovutagli dal suo Comune di origine o di soccorso, deve andare a carico della impresa che pagò le prime cure.

(7838) *Sessennio - Computo degli anni di servizio necessarii per avervi diritto.* — Dott. F. M. da S. G. L'aumento di stipendio ottenuto nel 1915 ha interrotto il periodo di tempo necessario per avere il sessennio. Non così la clausola inserita nel nuovo capitolato. Ella, quindi, potrà reclamare la concessione del 1° sessennio nel '921.

(7839) *Nomina provvisoria a medico condotto.* — Dott. A. M. P. Il medico che fissa domicilio nel suo paese nativo non ha alcun diritto da far valere per ottenere la nomina a medico condotto sia anche provvisoria, di fronte ad altro collega forestiero che esercita interinalmente la carica. Nessuna disposizione di legge assiste, pertanto, l'interesse di questo sanitario, il quale per ragione di equità e di opportunità potrebbe essere solamente, a tempo opportuno, tenuto in benevola considerazione.

(7840) *Aumento sessennale di stipendio - Computo del periodo di tempo necessario per ottenerlo.* — Dott. V. C. da C. È giurisprudenza costante che qualsiasi aumento di stipendio, meno quelli concessi in virtù del D. L. del 10 febbraio 1918, interrompe il periodo sessennale in corso, che comincia dall'epoca della maggiore concessione a decorrere *ex integro.* Il Decreto prefettizio con cui si annulla la deliberazione consiliare, con la quale, non ostante l'aumento ottenuto nel 1914. Le si accordava il sessennio è, pertanto, conforme a legge. Nè con ciò si viola il capitolato in vigore perchè il diritto in esso sancito di concedere al medico condotto ogni sei anni un aumento pari al decimo dello stipendio, resta saldo e fermo. Si disciplina unicamente la decorrenza del sessennio cioè del decorso di tempo necessario, secondo la legge e la giurisprudenza, per invocare il diritto. Il sessennio sarà sempre basato sullo stipendio iniziale, come è tassativamente indicato nel capitolato.

(7841) *Dimissioni - Effeti.* — Dott. G. G. da T. L'accettazione delle dimissioni fu legale, nè potrebbe essere ora, in alcun modo, impugnata. Per ricondurre le cose allo stato primitivo, e per non danneggiare i suoi interessi, non vi sarebbe altro mezzo che quello di indurre l'amministrazione comunale, in vista delle circostanze di fatto da Lei indicate, e dell'abnegazione e remissività di cui ha dato prova, a revocare la deliberazione con cui le dimissioni suddette furono accettate. In tal modo Ella rientrerebbe in possesso del suo ufficio nella medesima condizione, circa la stabilità ed altri concomitanti diritti, in cui lo lasciò. Gli anni interceduti fra la data delle offerte dimissioni e quella della revoca della deliberazione di accettazione, sarebbero agli effetti della pensione calcolati come anni di interinato e sarebbero, quindi, valutati unicamente nel computo del periodo utile per acquistare il diritto a pensione ma non sarebbero calcolati nella determinazione del quantitativo di essa. Qualora a tale espediente non si addivenisse, Ella dovrebbe ripetere il concorso per la nomina, avendo le date ed accettate dimissioni, interrotto ogni rapporto di impiego fra Lei e l'amministrazione municipale.

Lasciando la condotta per esercitare la professione libera non potrebbe più essere inscritto alla Cassa di previdenza dei medici condotti nè,

mancando qualsiasi motivo di salute, ottenere la concessione della prescritta indennità.

(7842) *Servizio militare e civile prestato nel medesimo Comune.* — Dott. E. L. da L. Con circolare del Ministero dell'interno, in data del 9 dicembre 1917, ai medici militari che prestavano contemporaneamente servizio civile nel Comune, ove erano titolari di condotte, fu vietato il cumulo dei due relativi stipendii. Fu loro concesso un compenso speciale a carico delle amministrazioni municipali consistente, al massimo, nella metà dello stipendio, che prima percepivano come titolari della condotta stessa.

(7843) *Premio di smobilitazione ed indennità vestiario per gli ufficiali del R. Esercito.* — Dottor E. C. da C. A Lei compete tanto il premio di smobilitazione quanto l'indennità vestiario. Il primo consiste in due mesi di stipendio per il primo anno di servizio ed in una indennità pari ad un mese di stipendio per ogni anno successivo. La seconda consiste nella somma fissa di lire 250. Non può pretendere l'indennità caroviveri nel Comune ove risiede, perchè Ella ha occupato costà un posto di condotta non privo di titolare; essendo questi sotto le armi. Se nel Comune; ove ha prestato servizio a scavalco, ha percepito stipendio ed ha occupato un posto, regolarmente previso nella pianta organica debitamente approvata e priva di titolare può in esso ottenere la indennità caro-viveri.

(7844). *Indennità caro-viveri - Cavalcatura.* — Dott. P. C. da G. A Lei compete la indennità caro-viveri in lire 100 mensili. L'aumento ottenuto per il mantenimento della cavalcatura non interrompe il periodo necessario per l'acquisto del sessennio.

(7845) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. C. P. da S. Sostituendo Ella nel secondo Comune un medico chiamato sotto le armi, in modo che la condotta non è priva di titolare, non può ottenere nè l'aumento di stipendio di cui nel D. L. del 10 febbraio 1918 nè la indennità caro-viveri portata dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338.

(7847) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. R. da T. Avendo Ella uno stipendio complessivo annuo di lire 910 non può ottenere come indennità caro-viveri che una somma equivalente allo stipendio mensile, che resta, perciò, raddoppiato. Avendo poi 4 figli minorenni dovrà avere, oltre detta somma, l'altra corrispondente a cent. 85 al giorno pel quarto figlio.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3921: Se le è stato rilasciato foglio di viaggio le spettano anche le indennità di viaggio per tutta la durata del viaggio stesso. Reclami queste competenze presso l'Ufficio di amministrazione dell'Ospedale Militare di Bari, poichè ella dipende dalla Direzione di Sanità di Bari.

All'abb. n. 431:

L'indennità vestiario le spetta senza alcun dubbio. Si rivolga all'Ufficio di amministrazione dell'Ospedale Militare che lo ha mobilitato. Se idoneo incondizionatamente nulla osta al suo avanzamento.

All'abb. n. 1369:

Non è un quesito, è una questione di indole generale che il collega vuol vedere agitata dal « Policlinico » e non ha torto.

Egli si inganna però laddove afferma che l'indennità di congedo ai medici assimilati fu negata per affrettata interpretazione delle Direzioni di Sanità.

Vi era una disposizione molto chiara del Ministero della Guerra, che in secondo tempo fu modificata.

All'abb. n. 10438:

Da quanto ella espone risulta che ha prestato complessivamente servizio per 36 mesi.

Ha diritto quindi come premio di smobilitazione a quattro mensilità di stipendio oltre la indennità vestiario.

All'abb. n. 2260:

Non esiste articolo di legge o circolare che contempli il suo caso speciale; circa l'eventuale lesioni del ricorso, accettando il posto offertole di tenente medico, non si può escluderla e bisognerebbe conoscere i termini del ricorso stesso per pronunciarsi.

Al dott. K. W. X.:

Il gabinetto radiologico di un ospedale militare è considerato come un servizio dell'ospedale stesso, ed è quindi alle dipendenze della Direzione dell'ospedale.

È ovvio dunque che qualsiasi altra autorità inferiore, pari ed anche superiore, abbia interesse a fare eseguire una radiografia nel gabinetto di un ospedale militare, dovrà rivolgersi al direttore dell'ospedale stesso che rappresenta in certo qual modo il.... padron di casa.

Il direttore dell'ospedale può rifiutare l'esame? Certo, quando ritenga inutile o inopportuna la richiesta anche se essa gli pervenga da una autorità esterna.

Per ora non vi è alcuna disposizione che permetta ai gabinetti radiologici di aderire a richieste di privati non militari.

Al dott. R. P. da R.:

Ella ha prestato servizio per 24 mesi.

Le spettano pertanto tre mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

Data l'anzianità della sua classe (1871) ella può dimettersi quando voglia, senza perdere il diritto alle suddette indennità.

All'abb. n. 4554:

Le indennità da Lei reclamate le spettano indubbiamente. Si rivolga all'Ufficio di amministrazione dell'ospedale che fu suo centro di smobilitazione.

All'abb. n. 2870:

Il suo quesito non è molto chiaro.

Se ella è stata in zona di guerra avrà, mi immagino, percepito l'indennità spettantegli ogni mese.

Cosa è questa indennità di *campagna* cui Ella accenna e che verrebbe in aggiunta a quella di smobilitazione che certo le spetta?

Al dott. A. S. da A.:

Realmente non vi è nessuna circolare che disponga in effetto l'esonero dei militari mobilitati, studenti di medicina, per partecipare ai corsi di integrazione.

Per lo meno non mi risulta che sino ad ora sia stato concesso alcun esonero per tale motivo.

Al dott. A. D. da M.:

Per ottenere l'esonero occorre che l'autorità civile interessata ad averlo come medico lo faccia richiedere per il tramite della Prefettura.

Però in questo momento gli esoneri che il Ministero concede sono molto rari.

All'abb. n. 6322:

La porzione di anno, anche se superiore ai sei mesi, non ha valore agli effetti del diritto a portare una stelletta. Occorre che l'anno sia completo per ciascuna stelletta.

All'abb. n. 3885:

Per ora il congedamento è limitato per i medici alla classe del 1882 e non è neppure completato. Per le classi successive non vi è ancora alcuna disposizione esecutiva.

All'abb. n. 5008:

Ella ha diritto all'indennità di smobilitazione. Si rivolga all'ufficio amministrativo dell'Ospedale militare di Firenze.

All'abb. n. 9846:

In via ordinaria no. Se trattasi però di misura profilattica di assoluta urgenza, e manchi la possibilità di provvedere altrimenti il medico militare può essere adibito anche a tale servizio. Non esistono disposizioni per l'indennità che in tal caso dovrebbe pur spettare al medico in questione.

M. G.

Avvertiamo che:

non si risponde ad anonimi;

non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

non si risponde a quesiti d'indole esclusivamento personale;

non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

ZAFFERANA ETNEA (*Catania*). — Popolazione 6000 abitanti, sito ridentissimo, vicino Catania, con la quale il Comune è in comunicazione mediante servizio automobilistico. Offresi interinato per un periodo di almeno 6 mesi, a decorrere dal mese di luglio, con lo stipendio di lire 4800 annue, compresa indennità caro-viveri, per servizio condotta medica pei soli poveri. Rivolgersi al R. Commissario straordinario.

ARSIÈ (*Belluno*). — Si cerca un medico provvisorio, mediante la corresponsione complessiva di L. 800 mensili. Termine utile per la presentazione delle domande e dei documenti 25 corrente giugno. La condotta è sprovvista di titolare. Rivolgersi al Sindaco.

Medico-chirurgo provetto, con lunga pratica condotte, ospedali, assistentato clinica medica, corsi di perfezionamento, cerca conveniente collocamento (condotte, ospedali, case di salute), a preferenza nell'Alta Italia. — Rivolgersi ad A. Balestra, via Castellana, n. 2, Ascoli Piceno.

Medico-chirurgo con ottimi titoli chirurgici e lunga pratica clinica ed ospedaliera, cerca interinato chirurgico in ospedale o supplenza buona condotta per i mesi di agosto, settembre, ottobre. Condizioni da convenirsi.

Scrivere al dott. Clivio, Ufficio d'igiene del Comune di Parma.

Giovane medico, nove anni pratica, cerca interinato condotta in paese salubre. Scrivere tessera 60501, fermo posta, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Vincenzo Giudiceandrea, presidente dell'Associazione Romana dei liberi docenti e della Scuola Samaritana, è stato, su proposta del Presidente del Consiglio, nominato commendatore della Corona d'Italia.

Numerosissimi colleghi dell'Associazione dei liberi docenti gli hanno offerto in tale occasione un gruppo in bronzo appositamente scolpito; e il personale volontario della Scuola Samaritana, gli ha offerto le insegne della Commenda.

Al nostro ottimo collaboratore ed amico le nostre congratulazioni.

Medico chirurgo da oltre vent'anni laureato, profugo, cerca supplenza presso Ospedale o condotta; media od alta Italia. Rivolgersi E. Panosetti, via Coronari, 146, Roma.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Messina Luigi da Noto (Siracusa), tenente medico 3° reggimento alpini. Dopo aver compiuto in condizioni difficili e con istancabile attività e zelo, i suoi doveri di medico, sotto l'infuriare del bombardamento nemico, coadiuvava efficacemente a trattenere e riordinare militari sbandati, di tutte le armi, ed a rimandarli in linea.

Monte Monfenera 18-20 novembre 1918.

Onoranze al prof. sen. F. Durante.



Avendo i limiti di età colpito il prof. Durante, come abbiamo accennato nel numero precedente, Egli ha tenuto la sua ultima lezione, come professore ordinario, venerdì 6 giugno, nella intimità della scuola, in una manifestazione di rispettoso affetto, spontanea e semplice quanto imponente e commovente.

S'erano raccolti intorno al Maestro, insieme con gli studenti dell'ultimo triennio di medicina, e e con i suoi assistenti ed ex assistenti, molti dei quali occupano delle cattedre universitarie, come i professori Tricomi, Alessandri, Dalla Vedova, Roncali, Perez; i colleghi della Facoltà medica al completo, ad eccezione del prof. Tamburini, che aveva aderito giustificando la sua assenza per malattia, il Rettore magnifico dell' Università, il Direttore generale della istruzione superiore, in rappresentanza del Ministro, e numerosi ammiratori fra ex allievi e conoscenti.

Egli nel prendere commiato dai suoi allievi ha voluto consacrare la sua ultima lezione a tratteggiare per sommi capi quella riforma universitaria, che la matura esperienza della sua vita didattica gli fanno considerare come necessaria allo incremento degli studi superiori e al decoro dell'Italia fatta più grande. Ed ha detto:

« Giovani carissimi,

Era mio pensiero farvi, in questi ultimi giorni della mia vita accademica, qualche conferenza sulla dottrina oncologica, con la quale iniziai la mia carriera d' insegnante nell'Ateneo romano, 46 anni or sono; per farvi notare qnali sono stati i progressi, in questa importantissima branca dello scibile medico, in sì lungo volgere di anni: ma avendo oggi l'alto onore della presenza del rappresentante del signor Ministro della P. I., del nostro signor Rettore magnifico e dei miei cari colleghi della Facoltà medica, ai quali, per me e per voi, porgo i più vivi ringraziamenti, parmi più opportuno tenervi un breve discorso per esprimere sommariamente alcune mie idee intorno al riordinamento delle nostre Università. Passerò quindi a darvi qualche consiglio che possa servire di incitamento ai vostri severi studi dai quali spera tanto la Patria.

Frattanto permettetemi che io esprima la mia più sentita riconoscenza ai miei amati allievi, per l'affettuosa manifestazione che si compiacquerò di farmi, ponendo qui il mio busto, che ricorderà ai vostri successori la mia lunga vita trascorsa in questo tempio della scienza, della pietà e dell'amore per l'umanità che soffre. L'opera d'arte è degna del grande scultore Ettore Ximenes e perciò degnamente risiede in questo maestoso ospedale clinico, geniale creazione dell'insigne architetto Giulio Potesti ingiustamente dimenticato.

La legge che attualmente sanziona il collocamento al riposo dei professori universitari che hanno raggiunto il 75° anno di età è una legge provvida, benchè abbia portato troppo oltre il limite di età.

Di solito nella vecchiaia la memoria si fa sempre più deficiente, i sensi si affievoliscono, l'amnesia diviene mano mano tormentosa: il maestro perciò inconsciamente si fa paladino del « laudator temporis acti » e dubita dei progressi della scienza.

Gli orizzonti delle vecchie e delle nuove idee gli si restringono, dando misero spettacolo di sè su quella cattedra che aveva illustrata nella sua illuminata maturità, assimilandosi al vecchio famoso cantante, che per le già irrigidite corde vocali viene cacciato con fischi assordanti da quel palcoscenico dove nei suoi migliori anni era stato inebriato da fragorosi applausi.

Pertanto se i limiti di età sono un elemento necessario per mantenere alto l'insegnamento, altri molti ne occorrono per assicurare l'efficace funzionamento.

Anzitutto bisogna concedere l'autonomia amministrativa e didattica alle Università, con le

tasse d'iscrizione a favore degl'insegnanti. Contemporaneamente a questo nuovo ordinamento bisogna associare un istituto per l'esame di Stato e del Consiglio superiore della P. I.

L'autonomia crea agli insegnanti gravi responsabilità verso lo Stato e personali interessi economici.

Fatte le debite e numerose eccezioni, oggi parecchi professori, raggiunta la cattedra, più o meno meritevolmente, si servono di essa per fare *réclame* al loro esercizio professionale e qualcuno, per naturale infingardagine, si adagia all'ombra di un ozio senza riposo, non più curante dell'insegnamento e degli studî che ebbero per lui il solito obbietto di raggiungere l'ambito posto.

La tassa d'iscrizione a favore dei professori sarà certamente una sollecitazione a far loro compiere almeno il proprio dovere e a fare oculate le facoltà nella scelta dei proprî colleghi, poichè quanto più illuminato ed efficace riesce l'insegnamento di una Università tanto più viene frequentata da numerosi studenti e perciò maggiori si fanno i proventi dei singoli suoi professori.

Ma tutto ciò non basta per i professori esercenti, i quali traggono lauti guadagni dal loro esercizio: occorre una istituzione che impegni il loro amor proprio e lo stimoli a nobile ambizione ed emulazione.

È necessario perciò l'esame di Stato e la riforma del Consiglio superiore della P. I., i cui membri dovrebbero essere eletti dai Corpi accademici fra i professori che hanno raggiunto il 65º anno di età, i quali, per sapienza e capacità didattica, si sono più distinti. Essi dovrebbero sedere in permanenza come commissari di esame di Stato e due o tre volte all'anno come Corte suprema di appello per derimere le questioni amministrative, didattiche e disciplinari che eventualmente sorgessero nelle varie Università.

Essi, inoltre, dovrebbero percepire uno stipendio privilegiato, e alla età di 70 anni essere collocati a riposo, come tutti gli altri professori di pari età, senza riduzione di stipendio.

Per una nazione civile è vergognoso che i suoi figli migliori, i quali hanno consacrato tutta la vita alla scienza e all'istruzione, per farla stimata e rispettata, devono in vecchiaia, quando più crescono i bisogni, patire le ristrettezze economiche.

I membri della Commissione dell'esame di Stato, edotti dalla lunga esperienza e sottratti dall'influenza di ambiente, compieranno con più sereno animo e giustizia il loro ufficio, e così gli aspiranti che non sono degnamente preparati per l'esercizio professionale saranno respinti.

In conseguenza le Università si metteranno in emulazione per presentare all'esame di Stato il maggior numero possibile di giovani bene istruiti, per conquistarsi fama, che si risolve in vantaggi economici. E l'Università che darà infelici risultati sarà disertata dagli studenti e minacciata di soppressione.

Infine i professori, col miraggio di arrivare all'alta e rimunerativa carica di membro del sopradetto istituto di Stato, lavoreranno con maggior lena per rendere sempre più apprezzati i loro contributi scientifici e didattici fecondatori della grandezza della Patria nostra.

Se non m'inganno parmi che un simile ordinamento dei nostri Atenei potrà dare un serio impulso alla scienza e all'istruzione superiore, perciò oso sperare che S. E. il Ministro della P. I. vorrà prendere in benevola considerazione le poche idee che brevemente ho accennate.

Ora mi rivolgo a voi, giovani diletti, per darvi un consiglio, che la lunga vita di lavoro mi ha suggerito.

Studiate, studiate, non vi stancate mai di studiare. Lo studio nella giovane età è fastidioso, ma è fonte di bene inesauribile nella età matura. Se lascerete sfuggire il momento della maggiore attività assimilativa del vostro cervello giovanile, non riacquisterete mai più il tempo perduto. Nei pieni periodi della vita, l'uomo presenta attitudini che si possono perfezionare fino alla sua età matura, ma non ridestarle a piacimento. Superati gli ostacoli che s'incontrano sulla via della scienza, arriverete in un mondo psichico nel quale lavorerete fino alla vecchiaia con vero diletto dell'animo vostro e vi procurerete dignità, onori e vita agiata.

Proverete quanto siano vere queste mie asserzioni quando eserciterete con sapienza e coscienza la nobile professione di medico. Sentirete allora quanto sono vere le parole del sommo oratore romano quando esclamava « homines nulla re propius ad Deos accedere, quam salutem hominibus dando ».

Figliuoli miei, i godimenti mondani propri della vostra età sono fugaci, e, se preferiti allo studio, spesso vi faranno pentire del tempo perduto e sempre nella vecchiaia vi lasciano nella tristezza dell'isolamento e del penoso abbandono. Solo i virtuosi e i sapienti sono circondati da riverente affetto durante la loro vita e accompagnati alla tomba con vivo rimpianto.

Concludo col dirvi: spetta ancora a voi, che col valore indomito e col sangue versato deste alla Patria i suoi agognati confini, di ricondurre con la vostra sapienza e mente equilibrata, la benedetta Italia nostra su quella vetta radiosa, dove per secoli la tennero, gloriosamente, i nostri padri antichi ».

In tutto il suo discorso il prof. Durante è stato ripetutamente interrotto da applausi che si sono

in fine trasformati in una calorosa ed insistente ovazione.

***

Quindi ha preso la parola il prof. Tricomi, ex aiuto del prof. Durante e presentemente direttore della Clinica chirurgica di Palermo.

Egli, come decano degli allievi del prof. Durante, ha espresso al Maestro la gratitudine e la devozione degli allievi tutti, i quali sono stati gli ideatori della festa odierna, offrendo con l'adesione dei membri della Facoltà, al Maestro ed alla Clinica da Lui creata, il di lui busto in bronzo, poderosa opera dello scultore Ximenes, che qui riproduciamo.

Dopo aver ricordato l'opera scientifica e specialmente le ricerche sulla oncologia, le conquiste nella chirurgia del cranio e cervello e l'impulso dato alla terapia della tubercolosi chirurgica ha detto:

« Ella, Maestro, ha caratterizzato un'era nella storia della chirurgia del nostro paese, perchè ha intuito la via scientifica sulla quale doveva mettersi la nuova chirurgia ed ha saputo infondere nei suoi allievi l'amore della ricerca scientifica.

L'opera sua indefessa di ricercatore, d'operatore e di educatore, ha dato nella scuola chirurgica romana l'incontestata preminenza in Italia.

L'ideale della sua vita, Ella, amato Maestro, l'ha realizzato, e questo giorno solenne segni per Lei, per la scuola, della quale è vanto, la più grande soddisfazione, avendo Ella raggiunto la gloriosa meta negli studi della scienza chirurgica, mentre esso per noi vale ad accrescere l'affetto devoto al Maestro, ed a ravvivare l'amore alla chirurgia, che Ella ha saputo ispirarci ».

Quindi, a nome degli studenti, che hanno offerto un'artistica pergamena con duecento delle loro firme, ha preso la parola lo studente Pergoli, che dopo aver messo bene in rilievo l'affetto paterno che sempre il prof. Durante ha avuto per gli studenti, ha detto:

« Noi non potremo mai dimenticare la pazienza, l'abnegazione, la bontà infinita con cui Egli nei pochi mesi che ebbe a sua disposizione riuscì, superando ostacoli e difficoltà di ogni genere, a colmare le inevitabili lacune, che tre anni e mezzo passati sui campi di battaglia al servizio della Patria in armi avevano lasciato nella nostra coltura scientifica ».

« E se oggi Egli è costretto da una legge forse necessaria, ma che in certi casi, come in questo, assume l'aspetto di una mostruosa ingiustizia, ad abbandonare l'insegnamento ufficiale, noi siamo sicuri che Egli anche privatamente continuerà a dare ai giovani l'ausilio della sua profonda dottrina e della sua vasta esperienza ».

« L'opera scientifica del prof. Durante, grande oggi, apparirà gigante negli anni che verranno ».

« I posteri, ancor più dei contemporanei, apprezzeranno l'incalcolabile contributo che egli ha apportato nella lotta eterna tra il Bene e il Male, che trova nella Medicina e nella Chirurgia la sua espressione più alta, la sua sintesi più perfetta ».

« Ma noi che fummo suoi discepoli, noi che avemmo la fortuna di ascoltare le sue lezioni, di udire la sua viva voce, più che lo scienziato illustre, più che il chirurgo insigne, rammenteremo sempre la cara immagine paterna del venerando vegliardo, il quale ci insegnò che la chirurgia non è professione, ma sacerdozio, che, non desiderio di lucro, ma coscienza del dovere verso l'umanità sofferente deve essere l'unica norma nell'adempimento della nostra missione ».

« Ed ora mi sia concesso di chiudere con una promessa, che io e i miei colleghi manterremo come un impegno d'onore e che — sono certo — al prof. Durante suonerà più gradita di ogni attestazione di stima e di ossequio ».

« Come ieri modestamente, ma forse non inutilmente e non inonoratamente, cooperammo con ogni nostra energia al trionfo della causa santa, per cui l'Italia era entrata volontariamente in guerra, così domani nella vita civile lo scopo principale, la mèta suprema della nostra attività sarà la grandezza di questa nostra Italia adorata che fu culla delle scienze e madre del diritto, che ha dato all'Europa e al mondo il pensiero universale di Giuseppe Mazzini e l'azione universale di Giuseppe Garibaldi, che, ormai sicura nella riconquistata cerchia di quelle che, furono sino a ieri le *mal vietate Alpi*, sarà nell'avvenire, come fu nel passato, iniziatrice di civiltà, antesignana di progresso, maestra di libertà, di questa nostra Italia, la quale è orgogliosa, è superba di annoverare tra i suoi figli più degni, più benemeriti il prof. Francesco Durante ».

***

Il prof. Marchiafava ha preso la parola a nome della Facoltà medica di Roma, ed ha detto:

« A me, come il più anziano della Facoltà medica, vicino anche io al termine della mia carriera universitaria, i colleghi hanno voluto affidare l'onore di porgere in questo giorno un saluto all'illustre ed amato collega prof. Francesco Durante, che per la legge del tempo inesorabile, lascia la clinica chirurgica, lieti tutti di vederlo ancora pieno di salute e di vigore della mente e del cuore. Ed io ne sono riconoscente perchè nessuno della Facoltà, ed oso dire dei presenti a questo convegno, ricorda, come lo ricordo io, Francesco Durante, ora è circa mezzo secolo, quando reduce da un lungo soggiorno nelle più celebri università

straniere, venne in Roma da poco tempo capitale d'Italia. Egli venne e conquistò presto la stima, l'affetto, le simpatie dei Maestri di quel tempo, dei medici, degli studenti per la luce di scienza nuova che egli portava, per la sua operosità, per la generosa rivelazione di metodi non conosciuti, alle ricerche istologiche e sperimentali, per la sua cortesia; cortesia e valore che si manifestavano nel suo aspetto bello e nobile.

Ho vivo nella memoria il ricordo di una dimostrazione che egli fece nel Laboratorio di Patologia di preparati di embriologia, frutto di lungo lavoro, onde si vede con quale preparazione scientifica egli s'incamminasse verso l'insegnamento della clinica chirurgica. Dopo la bella dimostrazione un Professore, allora nel fiore della attività didattica, gli strinse la mano aggiungendo: con questa dimostrazione ella ha dato prova del suo sapere e della sua feconda attività; quasi gli dicesse «*non puoi fallire a glorioso porto*». E così fu. D'allora cominciò il suo tirocinio nell'insegnamento, e, continuando il lavoro scientifico, ne raggiunse il fastigio come Maestro insigne; alla cui scuola convenivano medici desiderosi di perfezionarsi da ogni parte d'Italia e onde uscivano allievi maturi per l'insegnamento in altre università; scuola, nella quale al perfezionamento clinico si aggiungeva il lavoro scientifico, cui stimolava e indirizzava il Maestro ripetendo il monito che, se una nazione non contribuisce fortemente al progresso delle scienze, non provvede alla sua dignità al suo interesse, per quanto glorioso ne sia stato il passato.

Del suo sapere della sua operosità è testimonianza solenne il suo trattato di Patologia e di Terapia chirurgica, al quale si devono aggiungere molti lavori di Patologia, di Terapia, di Medicina operatoria. In questo momento io ricordo un lavoro giovanile del quale seppi nell'anno scolastico 1874 dalla lezione del professore di anatomia patologica di quel tempo; cioè «*Sul nesso fisiopatologico fra la struttura dei nei materni e la genesi di alcuni tumori maligni*», lavoro che fu il germe di quella dottrina sulla etiologia dei tumori, che venne poi esposta con nuovi fatti, con nuovi argomenti e con grande pompa da un Patologo tedesco. E, a proposito della dottrina dei tumori, tutti sappiamo che fu uno dei problemi che maggiormente attrasse la sua mente indagatrice e, appunto perchè egli n'era profondo conoscitore, potè resistere alla corrente sull'origine parassitaria dei tumori, che sembrava dovesse travolgere tutte le altre dottrine. Egli la combattè con ragioni poderose e nel 1904 nel primo volume del suo Trattato concluse che sarebbe presto passata nel dominio della storia, come è omai quasi avvenuto.

Alle grandi benemerenze come ricercatore e come insegnante egli aggiunse le benemerenze civiche in qualsiasi opera fosse richiesto a compiere per il bene sociale e negli anni della guerra e ora, con lena indefessa, nelle opere di aiuto doveroso ai nostri gloriosi invalidi.

Egli si allontana dalla clinica con la serena intima soddisfazione di aver compiuto la sua missione e di lasciare una eredità ricca di esempio, di dottrina, di affetto, di riconoscenza. Per i veterani di Roma antica, che finivano il servizio militare, Lucano domandava: «*quae sedes erit emeritis?*». Per Francesco Durante, che ha compiuto con valore e con fedeltà il servizio universitario, la sede è nella nostra Facoltà come veramente emerito, non soltanto a titolo di onore ma per averne consiglio, reso prezioso dalla lunga esperienza e ove rimarrà sempre presente la cara e venerata immagine di lui, che, per tanto volgere di anni, ci fu di stimolo e di esempio nell'adempimento di tutti i doveri dell'insegnamento e ne sarà sempre il decoro.

Francesco Durante conserva ancora quell'energia che è concessa all'età avanzata per virtù del lavoro ordinato e della temperanza, energia, che gli consentirà di cooperare per molto tempo al bene della nostra Patria. E quando si dirà di lui «*nec tarda senectus debilitat vires animi, mutatque vigorem*» egli troverà dolce conforto al suo spirito eletto quel «*pabulum studii atque doctrinae*» per il quale, come dice il nostro Cicerone «*nihil est otiosa senectute jucundius*».

Con questo augurio fervido porgo all'amato Collega i sentimenti di omaggio, di fedeltà, di affetto, di riconoscenza della nostra Facoltà».

***

Il Prof. Ascoli, ha preso la parola a nome dell'Accademia medica di Roma, che ha voluto anch'essa onorare il suo Presidente, e dopo aver degnamente ricordato le sue alte doti morali e scientifiche, ha detto:

«Egli nulla ha chiesto per se ad alcuno; a tutti ha dato i frutti del suo ingegno e della sua esperienza».

«Maestro di scienza e di dignità, pare che ei miri con la bonomia e con la cordiale espansività a nascondere, quasi a farsi perdonare, il prestigio che naturalmente scende dalla sua persona. Se è vero che in conseguenza non ha fatto che aumentare l'autorità dell'uomo, l'ha però così circonfusa del fascino della bontà, che quando la bella barba fluente ha cominciato a imbianchire, Francesco Durando è apparso, ed è, come il padre, che si cerca e si implora in tutte le gravi contingenze della vita».

A «tale uomo gli accademici sentono il dovere

di porgere il tributo della loro riconoscenza e del a loro ammirazione ».

« Io spero che i colleghi dell'Accademia vorranno perdonarmi se dell'onore che mi hanno fatto delegandomi a parlare in nome loro in questa commovente cerimonia io profitto per esprimere al Maestro che ho imparato ad apprezzare e ad amare fin dal primo anno del suo insegnamento clinico, per esprimere al Maestro del cui costante affetto mi sono sempre onorato, il sentimento della più intensa e imperitura gratitudine ».

« Io palpito con lui in quest'ora in cui la soddisfazione nel contemplare l'opera compiuta si trasfonde nella tristezza dell'abbandono delle consuetudini più profondamente radicate e apportatrici della più feconda gioia della vita ».

« Nella commozione che mi investe oso dirvi, Maestro, che nulla voi abbandonate, perchè la vostra scuola che ha insegnato alla chirurgia l'assoluta preliminare necessità della diagnosi e ha educato alla raffinatezza della tecnica per lenire le sofferenze umane costituisce ormai la tradizione della chirurgia italiana, perchè voi rifulgete nel numero, nella valentia nell'affetto dei vostri scolari ».

Il prof. R. Bastianelli porta il saluto dei medici degli Ospedali di Roma e poi, rivolgendosi al Maestro, gli dice:

« Io come forse il più vecchio dei presenti scolari, ho il privilegio di poter rievocare quella prima lezione di 36 anni fa quando Ella salì alla Cattedra di Clinica chirurgica, giovane d'anni, maturo di studi e di senno, coronato di un'aureola di ammirazione e di amore quale forse nessuno mai ebbe dai suoi scolari e dai suoi malati. Io posso rievocare anche tutta la sua carriera che ho visto svolgere in questi 36 anni, che sembrano trascorsi come attimo fuggente. Quali furono le sue opere tutti lo sanno, e in altro luogo spero potremo degnamente ricordarle. Io non voglio nulla aggiunrere alle felici e profonde parole del prof. Marchiafava che con tanta lucidità ci ha presentata una sintesi vivente della sua carriera scientifica. Quanto le dobbiamo come medici degli Ospedali devo però dirlo io, perchè non solo le dobbiamo questi edifici — ma soprattutto lo spirito elevato di emulazione che ci ha fatto sempre correre dietro le sue orme, nella speranza di potere imitare almeno le sue opere, senza riescire a raggiungerle. Ma di quanto i medici degli Ospedali hanno fatto, questa spinta di emulazione che sorse dal suo impulso scientifico alla Clinica, fu certo la ispirazione più alta.

« E non potremo mai dimenticare la sua dignità professionale, il suo disinteresse, la sua profonda e umana devozione al malato.

« Quante volte vedendolo chino, in atto paterno sul letto dei sofferenti, ho risentito l'eco di quelle parole di Leonardo che lo dipingevano così divinamente e che a nessuno più che a lei si addicevano « egli con lo splendore dell'aria sua che bellissima era, rasserenava ogni animo mesto ».

« E le dobbiamo l'esempio di tutta la sua vita, durante la quale mise in pratica quella sentenza che il maestro suo e mio, Costanzo Mazzoni, per breve tempo, soleva spesso ripetere: « verità nella scienza, onestà nell'arte ».

« Tutta questa fu e sarà luce perenne per i suoi allievi — per i pochi anni che ancora restano a qualcuno di noi, e per i molti che voi più giovani qui adunati durante i quali dovrete lavorare e soffrire per l'esercizio della nostra arte. Voi vedrete ancora per molti anni il meraviglioso busto di bronzo che vi ricorda il caro Maestro. Ma un monumento più duraturo dovete contemplare: quello che avete impresso nel vostro cuore e che è più saldo del bronzo, il monumento dello studio e dell'amore che Egli vi lega a perenne conforto della vita penosa del medico. Poichè studio della scienza e amore ai malati furono la sua grandezza. E possa questo ricordo ispirarvi a seguirlo con incessante ardore, affinchè dal vostro studio, dal vostro amore, che sarà rinnovellato sempre dalla luce che parte da questa Clinica, possa venire maggior fama, maggior decoro alla nostra cara patria, che di scienza, di studio e di attività onesta e ideale ha tanto bisogno e l'aspetta solo da voi giovani ».

***

Il prof. Tonelli, Rettore dell'Università di Roma, porge il saluto affettuoso e reverente a nome dell'Ateneo romano e poi dice:

« L'Università di Roma ha un debito perenne di gratitudine verso di voi, o Maestro, perchè non dimentica che insieme all'illustre compianto collega Guido Baccelli, concepiste l'idea di questo Policlinico, ove in felice connubio si uniscono la scienza e la carità. Qui fra queste mura, insieme con quello del grande collega, il vostro nome sarebbe sempre ricordato e benedetto, anche se non lo richiamasse alla mente in forma tangibile l'opera egregia che riproduce le vostre sembianze e che si volle offrire per rendevi omaggio ».

« Io prendo atto, e vi ringrazio, a nome della Università, della promessa qui da voi palesamente fatta, di non abbandonare questo campo della nostra gloria, e di recare anche in seguito il contributo della vostra esperienza e della vostra sapienza agli studi ai quali dedicaste tutta la vostra vita operosa ».

***

Per ultimo il prof. Filippi, Direttore generale per l'Istruzione superiore, chiude la serie dei discorsi dicendo:

« Senza togliere a questa cerimonia il carattere di intimità che le ha rivendicato l'eloquente interprete del sentimento degli studenti, io porto ad essa l'adesione del Ministro e del Ministero della P. Istruzione, i quali per mio mezzo esprimono il proprio rammarico, che, sia pure per obbedire al precetto della legge, il senatore Durante si allontani dalla cattedra che ha onorato per quasi mezzo secolo. È ben vero però che il suo spirito resterà qui, dove la sua parola ha risuonato per tanti anni. Il bronzo artistico che noi abbiamo ammirato nel vestibolo dell'anfiteatro è simbolo del durevole ricordo che colleghi, discepoli ed ammiratori conserveranno dell' insigne maestro. Ciascuno di essi, oggi, nel prendere congedo da lui, gli ripete in ispirito; « io ti ricorderò ed onorerò *usque dum vivam* ».

***

Telegrammi e lettere di uomini politici e di uomini di scienza — primo quello di S. E. Berenini — sono giunti numerosi da ogni parte di Italia ad esprimere il loro unanime consenso ed augurio al Maestro, che terminava il suo insegnamento ordinario, mentre allievi, colleghi, e ammiratori, raccoglievano la promessa che la voce del Maestro debba, anche per l'avvenire, di tempo in tempo, echeggiare insegnando nelle aule di quel grande Istituto Policlinico, che fu creato mercè l'opera fattrice di Lui e del compianto Baccelli.

La redazione di questo periodico, che ha avuto il Prof. Durante come fondatore, si unisce *toto corde* all'unanime augurio, ripetendo: *ad multos!*

Per il Professor Durante.

Il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, in occasione del collocamento a riposo dell'illustre prof. Durante, ha così telegrafato all'insigne maestro:

« A Francesco Durante, esempio luminoso di rettitudine e dignità nello esercizio professionale, maestro insuperato ed amatissimo, in nome Consiglio Ordine dei medici di Roma e Consiglio Federale, che lo ricordano presidente benemérito, auguro lunghi, prosperi e sereni anni felici. — Dott. Ballerini ».

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa Americana decorata delia medaglia d'oro.

Al Campidoglio, nella sala delle Bandiere, è stata consegnata la medaglia d'oro alla Croce Rossa Americana.

Il sindaco Apolloni ha salutato con patriottiche parole l'ambasciatore degli Stati Uniti, Nelson Page, il colonnello Bartlett, presidente della Croce Rossa Americana e gli altri componenti la istituzione.

Il colonnello Bartlett ha risposto al sindaco di Roma nobili parole di saluto, di augurio, di fede.

Il Ministero di Sanità in Inghilterra.

Il Re d'Inghilterra ha firmato la legge che istituisce un « Ministero della Salute ».

Profondamente commossi registriamo la morte violenta del prof. AGOSTINO SAPELLI, libero docente di clinica ostetrica e ginecologica presso l'Università di Genova.

Valente professionista, entusiasta della sua arte, aveva acquistato una salda riputazione.

Dopo la luttuosa fine del Rossi la Facoltà lo aveva stimato degno dell'incarico ufficiale, che Egli tenne per brevissimo tempo, con decoro, facendo brillare virtù didattiche non comuni.

Il nostro rammarico, segue nella tomba prematuramente dischiusa il collega insigne, circondato di tanta stima e tant'affetto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXVI — Roma, 29 giugno 1919 — Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CAMPOSAMPIERO.

La patogenesi ed il trattamento chirurgico della causalgia

per il dott. RENATO MOSTI, Chirurgo primario int.

Ho osservato or non è molto un caso interessante di causalgia che credo utile illustrare perchè esso sembrami fornire un contributo importantissimo alla interpretazione patogenetica di tale complessa sindrome su cui ancor oggi i pareri dei neurologi e dei chirurghi sono alquanto discordi.

Sergente P... L..., del 125 Reggimento fanteria.

Proviene da un'altra unità sanitaria dove è stato degente per 20 giorni. Presenta all'avambraccio ed al braccio di destra piccolissime e molteplici ferite in parte già cicatrizzate in parte in via di cicatrizzazione, prodotte da scheggette di bomba a mano.

Una leggera suffusione emorragica si nota sulla faccia posteriore ed interna del braccio, specialmente in corrispondenza del III medio. Ivi la palpazione fa rilevare, lungo il decorso del fascio vascolo-nervoso, la presenza di un cordoncino duro, poco spostabile, dolente, della lunghezza di circa 5 cm. A monte di esso la pulsazione dell'omerale è bene avvertibile; manca invece distalmente in corrispondenza della piega del gomito; assente pure è il polso della radiale.

A carico del braccio e dell'avambraccio la motilità, la reflettività e la sensibilità appaiono normali. La mano invece si presenta ipotrofica, pallida e più fredda dell'omonima; la sua motilità volontaria appare assai ridotta perchè il paz. a scopo di difesa evita di compiere con la mano movimenti molto estesi che gli sono cagione di gravi sofferenze. L'esame della sensibilità fa rilevare iperestesia tattile, termica e dolorifica. Tanto la cute che le unghie non mostrano alcun fatto distrofico. È presente invece una intensa iperidrosi.

Il paziente si lagna di vivi dolori a crisi parossistiche, con intensa sensazione di bruciore, alla mano destra. Tali dolori accessionali, a carattere urente, talora insorgono spontaneamente, talora

invece vengono provocati da un piccolo urto, da un movimento, da una qualsiasi azione meccanica anche lieve che si esplichi sulla mano stessa, e vengono al contrario notevolmente calmati coll'applicazione di impacchi freddi. Essi rimangono esclusivamente localizzati alla mano col massimo di intensità in corrispondenza delle dita.

Durante la degenza del paz. nel reparto la sindrome causalgica mostra un progressivo peggioramento; perciò propongo un intervento chirurgico che viene subito accolto.

Operazione. — Narcosi etero-cloroformica. Incisione di circa 10 cm. lungo il solco bicipitale interno. Infiltrazione ematica del sottocutaneo e del cellulare sottoaponevrotico. Messo allo scoperto il fascio nerveo-vascolare, ne isolo accuratamente gli elementi. Nessuna lesione nervosa apparentemente apprezzabile. L'arteria omerale invece si presenta per un tratto di circa 5 cm. aplasica, non pulsante e trasformata in un cordoncino duro. In corrispondenza della sua parete postero-interna essa mostra una piccola soluzione di continuo della grandezza di una capocchia di spillo, trombizzata ed in via di riparazione cicatriziale. Tra due legature applicate su arteria normale, reseco ed asporto tutto quanto il tratto leso dell'omerale insieme alla sua guaina. Sutura a piani. Guarigione per prima.

Decorso post-operatorio. — In pochi giorni la sindrome causalgica scompare completamente; nello stesso tempo i disturbi vasomotori e trofici, e le turbe della sensibilità e della motilità si attenuano gradatamente e nello spazio di un mese e mezzo non ne rimane la più piccola traccia. Il ferito viene così dimesso del tutto guarito.

Il caso è sotto molti aspetti interessante. Anzitutto dimostra come una grossa arteria ferita da un proiettile possa venire occlusa da un trombo senza dar luogo ad emorragia di qualche importanza, e come sia possibile la cicatrizzazione spontanea di ferite arteriose.

La fortunata evenienza è da mettersi qui in rapporto colla esiguità della lesione che ha reso possibile la rapida formazione del trombo e la chiusura per suo mezzo della piccola ferita. Ma la mia osservazione riveste sopratutto un particolare interesse perchè offre un esempio classico di sindrome causalgica e ne chiarisce abbastanza bene la interpretazione patogenetica.

La causalgia descritta per la prima volta da Weir-Mitchell più di 50 anni or sono, è stata di nuovo oggetto di studi soltanto in questi ultimi quattro anni, essendone stati osservati vari casi in seguito alle ferite di guerra.

Secondo la portata delle recenti osservazioni, la causalgia, come si esprime bene Tenani, potrebbe definirsi: « una malattia nervosa caratterizzata da una intensa iperestesia dolorifica unita a turbe trofiche e vasomotorie, insorgente per lesioni nerveo-vascolari più o meno gravi. Essa infatti si presenta con una sintomatologia dolorifica insorgente in genere alcun tempo dopo un trauma che abbia leso un dato tronco vascolo-nervoso, dolore che ha un carattere affatto speciale, di essere cioè urente e di dare al paz. la disperata sensazione di fuoco ardente sulla parte malata, sensazione che si mostra ribelle generalmente a tutte le risorse terapeutiche e trova l'unico ristoro nell'azione del freddo. A tutto questo si aggiungono le turbe sensitive, motorie, trofiche a carico delle parti molli e delle ossa, e turbe vasomotorie di vario genere e di differente intensità da caso a caso ».

I dolori che costituiscono la parte principale del quadro classico della causalgia sono caratterizzati sopratutto da una penosissima sensazione di intenso bruciore, donde il nome di termalgia che Stopford vorrebbe dare alla sindrome causalgica. Questi dolori non sono continui ma insorgono per lo più ad accessi, talora radi, talvolta invece subentranti, e sono prevalentemente localizzati alle parti terminali dell'arto. Quasi sempre sono spontanei, ma la loro insorgenza può essere provocata da cause diverse: il più leggero contatto cutaneo portato non solo sulla parte che è sede delle algie, ma anche su qualunque altra parte sana del corpo; il calore secco; le emozioni e le sensazioni vive, il più piccolo movimento dell'arto leso, ecc., sono altrettante cause capaci di provocare un parossismo doloroso.

Le turbe sensitive, vasomotorie e trofiche che completano il quadro della causalgia sono incostanti e variabilissime. Su di esse credo bene di non indugiarmi, in primo luogo perchè si trovano ampliamente descritte in quasi tutte le monografie che sull'argomento sono state pubblicate in questi ultimi tempi; secondariamente perchè scopo precipuo di questa mia breve nota è quello di illustrare la patogenesi ed insieme il trattamento della forma morbosa in parola.

L'interpretazione patogenetica della causalgia è stata oggetto di vive discussioni, sia fra neurologi che fra chirurghi, e su di essa ancor oggi i pareri non sono del tutto concordi.

Secondo alcuni la causalgia sarebbe dovuta ad una nevrite tronculare ascendente; questa interpretazione ammessa da prima da Weir-Mitchell stesso, da Morehouse e da Keen, ripresa ed accettata poi recentemente anche da altri autori e specialmente da Giron e da Stopford, sembra non trovare consenzienti la massima parte di coloro che si sono interessati della quistione.

L'ipotesi invece che riscuote il maggior favore è quella formulata da Meige, dalla Athanassio-Benisty e da Leriche, secondo la quale la causalgia sarebbe prodotta da una nevrite del simpatico periferico. Questa ipotesi sarebbe principalmente fondata sulla attuale esperienza clinica, la quale ha dimostrato che l'intervento sul sim-

patico fa quasi sempre scomparire la sindrome causalgica.

Poichè negli arti le fibre simpatiche accompagnano in parte i tronchi nervosi, in specie quelli che ricevono un'arteria propria, ed in parte i vasi nella cui guaina sono prevalentemente contenute, è chiaro che la sindrome causalgica può insorgere in seguito sia ad una lesione nervosa, sia ad una lesione vascolare, sia infine ad entrambi variamente associate.

Ammessa dunque la dipendenza della causalgia da una lesione del simpatico periferico, e conoscendo la distribuzione perivascolare e perinervosa del simpatico stesso, si capisce qual debba essere lo scopo dell'intervento; asportare o comunque interrompere la rete simpatica perivascolare o perinervosa a seconda che la lesione abbia sede nel vaso o nel nervo.

La nevrolisi, la resezione e sutura del nervo, le iniezioni tronculari di alcool, la semplice legatura con catgut del tronco nervoso a valle della lesione, la decorticazione elettrolitica del nervo, la simpaticectomia perivasale e l'arterectomia, rappresentano i vari interventi praticati nella causalgia. Ma non tutti rispondono allo scopo; anzi l'esperienza ha ormai sanzionato che soltanto a ben pochi di essi è da attribuirsi una reale efficacia curativa.

Si può dire a questo proposito che abbiano principalmente fallito quei metodi il cui principio informatore deriva da quel presupposto patogenetico, di cui ho fatto cenno più sopra e che oggi alla luce dei fatti non sembra rispondere alla realtà.

Così la nevrolisi, la resezione e sutura del nervo, le iniezioni tronculari di alcool presuppongono che la causalgia sia unicamente dovuta ad una nevrite tronculare ascendente da una speciale causa irritativa e che perciò allontanata questa i fenomeni dolorosi debbano senz'altro scomparire.

Pur accettando gli ottimi risultati ottenuti con tali interventi in parecchi casi di causalgia da Stopford, da Sala e Verga, da Lusena, da Mitchell e da Sicard, pure dobbiamo colla maggioranza dei chirurghi, con a capo insigni neurologi, quali P. Marie, A. Benisty e Tinel, riconoscere che siffatti procedimenti siano in generale privi di efficacia, reale e duratura, contro la sindrome causalgica.

La legatura, a valle della lesione, del tronco nervoso leso, con catgut n. 2, moderatamente stretto, proposta recentemente da Lortat-Jacob e Giron, e la decorticazione elettrolitica del nervo preconizzata da Negro, rapresentano invece due interventi dai quali possono attendersi buoni risultati, in quanto essi agiscono esclusivamente sul simpatico.

Sul trattamento chirurgico della causalgia colla decorticazione elettrolitica del nervo alla Negro, ha riferito di recente Bobbio alla R. Accademia di medicina di Torino, presentando 8 casi di causalgia tipica guariti con tale metodo. Si trattava di 3 casi di causalgia dello sciatico, di 1 caso di causalgia del mediano, di 1 caso di causalgia del cutitale e di 3 casi di causalgia combinata del cutitale e del mediano.

In questi ultimi tre casi coesisteva però lesione dell'arteria omerale e l'intervento, oltre alla decorticazione elettrolitica del nervo, consistette in un caso nell'arterectomia per un tratto di circa 10 cm. essendo l'arteria ridotta ad un cordone fibroso, e negli altri due casi anche sulla distruzione della rete simpatica periarteriosa col metodo elettrolitico. I risultati positivi e rapidi ottenuti da tale metodo, concludeva l'A., oltre a confortare l'idea patogenetica che la causalgia sia dovuta ad una nevrite simpatica, dimostrano che, oltre a distruggere il simpatico perivascolare, conviene distruggere, coll'elettrolisi, anche il simpatico perinervoso.

Però l'intervento di elezione, quello che fino ad ora ha dato i migliori risultati è la simpaticectomia perivasale, proposta, a sostegno della sua ipotesi, da Leriche che, come più sopra ho ricordato, fa dipendere la causalgia da una nevrite del simpatico periferico ed in special modo del simpatico perivasale. A tal fine egli consiglia il denudamento, in sede di lesione, dell'arteria dalla sua guaina per una certa estensione; procedimento questo innocuo come aveva dimostrato sperimentalmente fin dal 1893 il Burci.

Partendo dal concetto « che probabilmente per una lesione della guaina periarteriosa si produce una congestione vasoparalitica la quale mette i corpuscoli tattili e le terminazioni nervose sensoriali in uno stato di permanente irritazione », il Leriche sostiene che il meccanismo di azione dell'escissione del simpatico interessato consiste in questo: che « la soppressione di alcuni elementi simpatici lesi rende in certo qual modo alle altre ramificazioni vasomotrici la loro libertà di azione; si ristabilisce, in altre parole, l'equilibrio vasomotorio ».

Il primo caso di causalgia operato con successo di simpaticectomia dal Leriche risale all'Agosto 1916. Da allora, sia per opera di Leriche stesso, che di altri chirurghi, questo intervento è stato applicato varie altre volte, e se non sempre i suoi risultati son stati ottimi, si può dire però che nella massima parte dei casi la sindrome causalgica ha ceduto alla escissione della guaina arteriosa.

Mentre il Leriche, e con esso quasi tutti quelli che hanno avuto occasione di praticare la simpaticectomia, si è limitato ad eseguire il denudamento della sola arteria, il Tenani invece ha preconizzato l'asportazione anche della guaina venosa. Credo bene di riferire colle sue stesse parole la tecnica della simpaticectomia.

Comincio l'intervento, scrive Tenani, mettendo in evidenza la guaina vascolare comune, col praticare ad uno degli estremi della guaina periarteriosa, su cui deve principiare o finire la resezione, un piccolo occhiello sul quale introduco una branca di una forbice che taglia, andando verso l'alto o verso il basso, la guaina, in modo che ne risultino due pagine su cui margini fisso alcune pinze di Billroth. Isolo poi delicatamente la guaina dall'avventizia dell'arteria per l'estensione voluta (10-12 cm.). Staccato tutto il segmento di guaina dal tronco arterioso, seguendo lo stesso procedimento, isolo un eguale tratto di guaina dal tronco venoso omonimo. La dissezione di quest'ultimo può essere fatta attaccando la guaina sia lungo la linea in cui si trova a mediato contatto con l'arteria, sia lungo una linea più distante dalla prima.

..... Per disseccare la guaina venosa, dopo lo scollamento della guaina arteriosa, è più consigliabile certo attaccarla lungo la linea in cui i due vasi sono a mediato contatto, non incontrandosi su di essa rami collaterali e riuscendo più semplice e più completa la dissezione della guaina e, con questa, l'interruzione delle vie simpatiche contenutevi.

..... Asportato il segmento di guaina, si cerca di addossare con punti all'avventizia dei tratti di vaso denudati, i muscoli o le fascie regionali, e si può chiudere totalmente la ferita operatoria.

Tenani insiste poi su di un'altro particolare di tecnica, cioè sulla legatura dei rami collaterali, che si incontrano durante il denudamento dei vasi, ad una certa distanza dalla parete del tronco vasale originario, per evitare la formazione di un trombo esposto alla corrente sanguigna principale.

Il procedimento adottato da Tenani, oltre a permettere più facilmente lo scollamento e la resezione della guaina perivasale, da anche maggiori garanzie in quanto consente l'asportazione sicura di tutto il tratto del plesso simpatico leso.

A questo proposito però l'operazione che ci può dare la certezza assoluta di estirpare tutto il simpatico periarterioso nell'estensione voluta è l'arterectomia la quale, come è ovvio, non può applicarsi che in quei casi in cui l'arteria non risulti più funzionante, come nel mio caso nel quale l'arteria omerale presentava un'estesa trombosi occludente.

Ma a proposito del caso da me descritto sono da farsi altre importanti considerazioni. Anzitutto essendo in esso la lesione esclusivamente limitata all'arteria omerale, la sindrome causalgica deve essere messa unicamente in rapporto colla lesione arteriosa stessa e non con lesioni nervose che mancavano completamente. Ne scaturisce questa prima deduzione che la causalgia può essere determinata da una lesione vasale da sola cioè non associata in alcun modo a lesioni dei tronchi nervosi.

Secondariamente la lesione, nel caso in parola, interessava oltre la guaina anche la parete arteriosa a tutto spessore. Questa constatazione pone il quesito se la causalgia possa dipendere soltanto dalla lesione della guaina, o piuttosto dall'associazione della lesione della guaina colla lesione della parete arteriosa, dato che anche nei casi in cui sembra lesa la sola guaina non può escludersi un interessamento, anche minimo, difficilmente riconoscibile della parete vasale sottostante che, come sappiamo, è colla guaina intimamente connessa.

Quest'ultima ipotesi sembra oggi prevalere, perchè altrimenti non potrebbe spiegarsi, come bene si esprime Tenani, l'antagonismo apparente tra le conseguenze delle lesioni della guaina contemplate nella traumatologia in cui esse possono essere incolpate dello scoppio di un quadro causalgico, e nell'esperimento o nella clinica in cui lo scollamento anche ampio dei vasi rimane innocuo.

RIVISTE SINTETICHE.

La cura del gozzo esoftalmico.

La patogenesi del gozzo esoftalmico, o morbo di Basedow, di Flaiani o di Grave non è ancora ben definita o lo è certamente meno di quel che generalmente si crede. Varie teorie, la nervosa, la ematica, la endocrina, sono state emesse, e tutte hanno trovato autorevoli sostenitori. La sindrome esoftalmica, pur avendo sintomi fondamentali caratteristici per la loro costanza e per il loro aggruppamento, è così complessa e così multiforme, che ogni opinione sulla sua etiopatogenesi può essere sostenuta.

Tuttavia la costanza del reperto anatomo-patologico della glandula tiroide ed il criterio terapeutico fanno ritenere che la maggior parte dei sintomi siano determinati da un'alterazione della funzione della detta glandula. Non sappiamo se tale alterazione sia primitiva o secondaria, cioè

provocata da influssi nervosi anomali o da modificazioni della composizione del sangue, nè sappiamo se l'alterazione della tiroide sia simultanea all'alterazione di tutto il sistema endocrino, o se sia lo effetto o la causa della disfunzione di altre glandule a secrezione interna, disfunzione che è molto frequente, se non costante nel gozzo esoftalmico.

Ad ogni modo quel che appare certo si è che nella sindrome basedowiana i fatti principali sono dovuti ad una intossicazione dell'organismo in genere e del sistema nervoso più specialmente, provocata dalla introduzione in circolo di sostanze derivanti dalla tiroide. Allo stato dei fatti non è lecito affermare se trattasi di una maggiore produzione e rispettivamente di un maggiore versamento in circolo della sostanza normalmente secreta, oppure della produzione di una nuova sostanza eminentemente tossica, non si può dire quindi se si tratti di una alterazione funzionale quantitativa e qualitativa.

Per l'indirizzo terapeutico ciò ha un interesse relativo, quel che importa è il sapere che la causa della maggior parte dei sintomi è dovuta alla alterazione della tiroide e che quindi su questa glandula bisogna agire.

La cura etiologica però non riguarda solo direttamente la tiroide: la esperienza ha dimostrato che agendo su alcune sezioni del sistema nervoso, e più particolarmente sul simpatico cervicale, sia agendo opportunamente su l'intero organismo le condizioni della funzione tiroidea o con esse migliorano i sintomi del basedowismo.

Oltre a ciò la possibilità di aggredire l'affezione nella sua causa più probabile, o meglio nella causa dei sintomi più imponenti e più evidenti, non esime dall'obbligo di curare i singoli disturbi. E non si può rinunziare alla cura sintomatica non solo per mitigare le sofferenze del paziente, ma anche perchè le sofferenze stesse possono essere causa di aggravamento della malattia. Per nessuna malattia, come per il gozzo esoftalmico, questo principio ha maggior valore.

In rapporto ai criterî, accennati la cura del gozzo esoftalmico può distinguersi così:

1. Farmacoterapia;
2. Siero-opoterapia;
3. Idroterapia, climaterapia, dietetica, psicoterapia, massaggioterapia;
4. Elettroterapia;
5. Röntgen-radiumterapia;
6. Cura chirurgica.

***

La cura fatta mediante i farmaci ha il solo scopo di migliorare le condizioni generali e di mitigare i sintomi molesti o pericolosi.

Come ricostituenti generali giovano i glicerofosfati e sopratutto l'arsenico sotto forma di liquore arsenicale o meglio di cacodilati.

Chibret e Babinski hano trovato che i salicilati come i chinacei riescono molto vantaggiosi nell'attenuare i fenomeni di basedowismo, che secondo altri cederebbero anche ai disinfettanti intestinali.

È stata vantata pure la belladonna, la quale agendo sul sistema nervoso determinerebbe diminuzione della ipersecrezione tiroidea.

Contro la tachicardia si adoperano la tintura di convallaria; la digitale quando esiste tendenza all'asistolia e dilatazione del cuore; lo strofanto e le applicazioni fredde sul cuore quando sono frequenti gli attacchi di cardiopalmi; negli accessi di soffocazione, si adopera il nitrio d'amile; contro i sudori profusi, la belladonna; contro la agitazione e l'irrequietezza, la valeriana a grandi dosi ed i bromuri; contro l'insonnia i comuni ipnotici e sopra tutto il veronal; contro le nevralgie l'aconitina, l'antipirina, la fenacetina, il piramidone; contro i tremori esagerati la joscina, la veratrina; contro il prurito pomate a base di cocaina, mentolo e guaiacolo; contro la diarrea, gli oppiacei; contro il vomito la morfina per via ipodermica o di pituitrina.

***

Nel supposto che la sindrome esoftalmica sia dovuta ad un eccesso delle sostanze normalmente prodotte dalla tiroide, si è cercato di neutralizzare lo stato tossiemico così prodotto mediante sieri antitossici. A tale riguardo si è pensato che asportando in un animale la tiroide le sostanze che sono normalmente distrutte dal secreto tiroideo si accumulano nel sangue, e che quindi questo sangue o il siero separato da esso può essere adoperato come un antitodo per l'eccesso di sostanze tiroidee presenti negli organismi degli individui affetti da gozzo esoftalmico. Ballet ed Enriquez hanno preparato così siero di cani. Möbius nello stesso modo ha preparato col siero di montone un prodotto noto sotto il nome di antitiroidina Möbius. Ma gli effetti della *chimoterapia antitiroidea,* anche applicata sotto forma di alimentazione a base di latte di animali stiroidati, non sono stati molto soddisfacenti; si è ottenuto di solito, non sempre, l'attenuazione di qualche sintomo e la malattia ho continuato il suo corso più o meno inalterato.

Nè risultati più sicuri si hanno mediante la *sieroterapia tireotossica,* che è stata molto vantata in America benchè sia stata sperimentata molto limitatamente. Questo trattamento mirerebbe a distruggere il tessuto tiroideo mediante iniezioni sottocutanee di siero di animale nel

quale si siano formati anticorpi in seguito a ripetute iniezioni di estratto tiroideo. Rogers e Beebe, che hanno preparato il siero inoculando agli animali estratto di tiroidi prelevate da un basedowiano, dicono che su 90 casi così trattati hanno avuto 23 guarigioni, 11 insuccessi e 4 morti. La percentuale dei decessi, dovuti al trattamento stesso, dovrebbe farne diffidare. Ma Mac Callum, Ewig e Kocher che hanno controllata questa specie di cura, non hanno mai ottenuto dei risultati evidenti. E ciò senza dire dei gravi inconvenienti (vomito, emoglobinuria, dispnea, diarrea, ecc.) determinati dalla iniezione del siero tireotossico.

Coloro che considerano la sindrome basedowiana dovuta ad una alterazione qualitativa, non quantitativa, della funzione tiroidea, hanno consigliato la somministrazione di glandula tiroide fresca o sotto forma di estratto. Ma i risultati sono stati tutt'altro che incoraggianti. Grasset, Marie, Eulenburg ne hanno ottenuto degli effetti allarmanti. La opoterapia tiroidea ha ora solo pochi sostenitori, i quali comunque la ritengono utile nei casi nei quali la sindrome basedowiana volge verso il mixedema. Si hanno in effetti forme nelle quali dopo un periodo di ipersecrezione la tiroide diventa insufficiente: in questo stato i residui sintomatici del gozzo esoftalmico si mescolano con i fenomeni iniziali del mixedema.

La opoterapia paratiroidea per ora è rimasta allo stato di tentativi sperimentali, sui quali un giudizio sicuro non può ancora darsi.

È ben noto che nella sindrome basedowiana esistono fenomeni che depongono per un'alterazione funzionale di tutto il sistema endocrino. Non è ben certo se questa disfunzione sia contemporanea, successiva, o precedente a quella della glandula tiroidea, la cui alterazione sembra in ogni caso essere prevalente, e tanto meno sono assicurati i rapporti reciproci qualitativi nella funzione delle varie glandule a secrezione interna nel corso del gozzo esoftalmico.

L'opoterapia timica, sopra tutto nelle forme basedowiane infantili, ha dato molte volte buoni risultati; efficace anche sarebbe, secondo le ricerche di Renon e Parisot, l'opoterapia ipofisaria.

Sono stati anche sperimentati gli estratti testicolari, ovarici, splenici, surrenali. I risultati non sono stati incoraggianti e per quel che riguarda gli estratti surrenali e l'adrenalina anche non scevri da pericoli.

Tutto sommato l'opoterapia è un sussidio terapeutico a cui non bisogna rinunziare, ma che bisogna adoperare con criterio. Somministrare l'uno o l'altro estratto di glandula endocrina senza nessuna indicazione clinica può riuscire inutile o anche dannoso. Nella sindrome basedowiana possono essere presenti sintomi che depongono per la insufficienza di questo o quell'organo endocrino e l'opoterapia deve essere praticata tenendo conto di queste deficienze e cercando di controbilanciarle.

Dare delle regole generali al riguardo è impossibile. Si può dire che ogni caso di gozzo esoftalmico, a parte la sintomatologia fondamentale, ha caratteristiche particolari. E d'altra parte nel corso stesso dell'affezione si hanno modificazioni in rapporto ad eccesso o difetto di ciascun organo endocrino, e non è escluso, come già si è accennato, che la tiroide, forse per effetto della protratta iperfunzione, si esaurisca, funzioni quantitativamente in difetto, donde la necessità di praticare in questo stadio l'opoterapia tiroidea.

* * *

Ogni sistema di cura che non tenga conto del regime dietetico e della vita di relazione del paziente può riuscire inefficace. Il metabolismo dei basedowiani è notevolmente accelerato, e quindi bisogna far di tutto per riparare generosamente le perdite già eccessive, ed eliminare tutte quelle cause che aggravino l'acceleramento del ricambio organico.

Le emozioni, il lavoro fisico e mentale, le pratiche sessuali, le droghe eccitanti, le infezioni, ecc., accelerano il metabolismo; la vita quindi del basedowiano deve essere regolata in modo da evitare tutte queste cause di aggravamento.

I pazienti di gozzo esoftalmico devono vivere una vita calma e tranquilla. Tutte le cause di eccitazione, le riunioni affollate, i teatri, la vita mondana, la vita di lotte passionali, il lavoro sia anche poco esauriente, devono essere inibiti. I malati devono alzarsi tardi e coricarsi presto. Devono rinunziare ad ogni specie di lavoro almeno al principio del trattameno e durante le crisi di esacerbazione.

Devono essere del pari inibite tutte le sostanze eccitanti: caffè, tè, bevande alcooliche, spezie, ecc.; il fumo non può avere che una influenza funesta.

L'alimentazione deve essere tale da bilanciare le eliminazioni esagerate e l'attività anormale degli scambi nuritivi e respiratorii. I basedowiani bruciano le sostanze introdotte più rapidamente dei soggetti sani; sono magri ed hanno in generale poche riserve. D'altra parte però la sopralimentazione non deve condurre alla produzione di sostanze tossiche, nè danneggiare le condizioni del tubo digerente, che, come è noto, nei basedowiani può essere colpito da processi catarrali più o meno persistenti.

I pasti devono essere piccoli, frequenti, varii con esclusione degli alimenti azotati inutili, e

ricchi di carboidrati, di grassi e di sostanze fosforate.

La dieta lattea assoluta non è consigliabile.

La limitazione dei cloruri sembra sia vantaggiosa.

Nella grande maggioranza dei casi, se non sempre, deve essere evitato il soggiorno sul mare. Il clima di bassa collina non dominato da venti, sembra il più appropriato.

La idroterapia deve essere sedativa sotto forma di bagni ad immersione, di doccia o di spugnature con acqua a 35°-37°.

Sono state anche raccomandate le applicazioni fredde, preferibilmente con borsa di ghiaccio, sulla tiroide.

Secondo Codet riescirebbe anche utile il massaggio sedativo sulla regione tiroidea, e sulla regione precordiale e toracica allo scopo di diminuire la tachicardia, l'aritmia e la dispnea.

La psicoterapia ha una parte non trascurabile nel trattamento dei basedowiani. In genere questi pazienti sono quasi sempre in uno stato di preoccupazione e di ansia: la loro emotività è sempre esagerata. Il medico deve quindi sapere infondere un senso di calma, di tranquillità e di fiducia. L'isolamento è sempre uno dei mezzi di cura della maggiore importanza. Ma vi sono casi nei quali esso si impone assolutamente. I disturbi psichici possono assumere forme inquietanti e costituire vere psicosi. In questi casi l'isolamento è indispensabile.

***

L'*elettricità* dà spesso buoni risultati. Ad ogni modo deve essere adoperata contemporaneamente o alternativamente ad altri metodi di cura.

Si può fare un trattamento *generale* ed uno *locale*.

Le applicazioni *generali* di elettricità sono la franklinizzazione, l'alta frequenza, le correnti sinusoidali e la faradizzazione generale.

La franklinizzazione sotto forma di bagno statico è sempre meno adoperata: per essa infatti il numero delle pulsazioni aumenta, la pressione arteriosa s'innalza, le secrezioni sono eccitate, tutto il ricambio organico è esagerato, ossia si ha perfettamente il contrario di quel che è necessario.

Le correnti d'alta frequenza invece sotto forma di autoconduzione determinano abbassamento della pressione arteriosa, diminuzione della frequenza del polso, decongestione delle glandule endocrine, favoriscono gli scambii nutritivi cellulari e la eliminazione dei veleni.

La corrente sinusoidale sotto forma di bagni idroelettrici regolarizza la circolazione generale.

Buoni risultati darebbe infine la ginnastica elettrica.

Preferibile è in ogni caso il trattamento *locale* sia per gli effetti che se ne ottengono, sia per la semplicità della tecnica e degli strumenti, tanto che può essere praticato da ogni medico pratico.

Charcot e Vigouroux consigliano la corrente *faradica* che può essere applicata con un apparecchio qualsiasi, munito di un graduatore della intensità della corrente secondaria. Il polo positivo è costituito da un largo elettrode che si applica alla faccia posteriore del collo, il polo negativo da un elettrore a bottone o a piccolo disco. L'applicazione si fa in quattro tempi: 1° Faradizzazione carotidea o simpatica: si applica l'elettrode negativo sotto lo sterno-cleido-mastoideo dietro l'osso ioide e si fa passare per uno o due minuti per ciascun lato, una corrente molto intensa per provocare la contrazione del muscolo, a intermittenze rapide. Questo primo tempo determina diminuzione dell'eretismo vascolare e regolarizza la circolazione encefalica; 2° Faradizzazione oculare: si applica con corrente a debole intensità, l'elettrode negativo sul punto motore dell'orbicolare e sulle palpebre: si cura così l'oftalmia; 3° Faradizzazione del gozzo: si sostituisce l'elettrode a bottone con un elettrode molto largo che si applica al disopra della forchetta sternale sulle parti più apparenti del tumore e poi sui muscoli sotto-ioidei; si adopera una corrente molto intensa fino a provocare contrazioni muscolari. In questo modo si ha diminuzione di volume e dell'attività funzionale della tiroide; 4° Faradizzazione precordiale: si applica questo stesso elettrode negativo sul 3° e 4° spazio intercostale sinistro producendo le contrazioni rapide fibrillari del gran pettorale per 4-5 minuti.

La seduta, in tutti i suoi quattro tempi, deve durare circa 20 minuti e deve essere ripetuta ogni giorno o a giorni alterni. Non è il caso di discutere il modo di azione della elettricità faradica locale. Per quanto aprioristicamente si dovrebbe ritenere che la eccitazione del simpatico già di per sè stesso in stato di eccitazione non sia consigliabile, tuttavia il metodo di Charcot-Vigouroux dà frequentemente buoni risultati: lo stato generale migliora, l'ipereccitabilità diminuisce, il gozzo s'impicciolisce e talvolta, ma molto tardi scompaiono anche la tachicardia e l'esoftalmo.

Ma senza dubbio effetti migliori si hanno dalla *elettricità galvanica*. Questa esercita sul simpatico e sui centri bulbo-midollari un'azione sedativa e calmante, mentre tende a regolarizzare la funzione secretoria della tiroide. La corrente galvanica si applica mettendo l'elettrode positivo sulla nuca e l'elettrode negativo sul gozzo e facendo passare una corrente di 20-40 M A per 15 minuti ogni giorno. Si può anche usare il metodo ionoterapico imbibendo l'elettrode negativo

con una soluzione di ioduro di potassio al 3 %. Fruger, Romano e Laborderie avrebbero avuto con questo ultimo metodo, risultati eccellenti.

L'uso della elettricità galvanica non esclude quello della elettricità faradica: l'associazione anzi dei due sistemi sarebbe ancora più efficace: la prima agisce come sedativo, la seconda per la sua azione vaso-costrittrice diminuirebbe la secrezione tiroidea. Si applica prima la corrente galvanica e poi quella faradica secondo il metodo di Charcot-Vigouroux.

***

La *röntgenterapia* del gozzo esoftalmico ha preso in questi ultimi anni un notevole sviluppo. Per avere però buoni risultati occorre procedere con molta oculatezza: adoperati a dosi deboli i raggi X possono attivare la secrezione glandulare, ossia il contrario di quel che si cerca; adoperati a dosi alte inducono atrofia delle cellule a secrezione abnorme e sviluppo del connettivo interalveolare, ma possono determinare radiodermiti. Occorre quindi prendere precauzioni perchè tali inconvenienti non si verifichino.

Tutti coloro che hanno adoperato i raggi X nel trattamento del gozzo esoftalmico, sono d'accordo nel vantarne i risultati: la tachicardia diminuisce, i tremori e con essi tutti i sintomi nervosi migliorano, il volume del gozzo diminuisce rapidamente o quanto meno diminuisce la sua consistenza, migliorano le condizioni di nutrizione generale, aumenta il peso del corpo. D'altra parte essa ha notevoli vantaggi su altri metodi di cura: è senza pericoli quando sia ben condotto, non lascia cicatrici come dopo l'intervento chirurgico, non è doloroso ed è compatibile con le occupazioni del paziente. La röntgenterapia dovrebbe quindi essere tentata in ogni caso di gozzo esoftalmico.

Ma, come si è detto, il dosaggio deve essere accuratamente misurato, ad evitare, in caso di eccesso, radiodermiti ed anche distruzione del parenchima glandulare con il conseguente sviluppo di una forma mixedematosa.

Secondo le ultime ricerche di Seymour, il metodo di applicazione migliore sarebbe il seguente: si divide il collo in tre zone, sinistra, destra e media o soprasternale e si fa separatamente l'applicazione dei raggi su ciascuna di esse. La dose media deve essere di 4H, cioè una dose capace di produrre un leggero eritema. Il tubo deve essere mantenuto a 25 centimetri dalla pelle ed i raggi debbono filtrare attraverso una lamina di alluminio dello spessore di 4 mm. ed uno spesso strato di cuoio.

Le sedute si devono ripetere ogni tre o quattro settimane e durare 10-15 minuti.

Su 80 casi così trattati solo in 7 non si ebbe alcun miglioramento. Negli altri i sintomi si attenuarono più o meno a seconda della durata del trattamento ed in 8 la guarigione fu completa.

Anche la *radiumterapia* ha dato buoni risultati. Abbe e Domenici hanno trovato che il radium ha un'azione incontestabile sulla tiroide, limitandone la funzione. Occorre ad ogni modo adoperarlo con prudenza, l'eccesso curativo potrebbe provocare fatti mixedermatosi più o meno persistenti. Aikins ha recentemente provato che la radiumterapia riesce vantaggiosa anche quando tutti gli altri mezzi si siano dimostrati inefficaci.

***

La grande maggioranza dei casi di gozzo esoftalmico si giova del trattamento incruento. Un sistema di cure bene condotto ed adeguato alle particolarità delle forme sintomatiche, in una grande percentuale dei casi ha ragione della malattia, nel senso che anche se non determina una definitiva guarigione, permette al soggetto di vivere senza sensibili molestie e senza notevoli limitazioni della propria attività. E non è dubbio che spesso tocca alla radioterapia o alla elettroterapia il vanto di avere domata se non vinta la affezione.

Ma ogni trattamento può anche riuscire inefficace, e per questi casi è stato consigliato l'intervento chirurgico.

La cura chirurgica del gozzo esoftalmico ha trovato molti fautori sopra tutto presso la scuola americana. Ma gli insuccessi ed i pericoli di questo metodo di cura hanno dimostrato che ad esso si deve ricorrere come *extrema ratio* solo quando ogni altro trattamento è risultato inutile e quando la malattia ha manifestazioni particolarmente gravi.

È infatti eccessivo voler curare ogni forma di gozzo esoftalmico con la tiroidectomia sia pure parziale: A parte la circostanza che la percentuale della mortalità determinata dal fatto stesso dello intervento chirurgico per shock, infezioni, ecc., non è molto inferiore alla percentuale di morte dovuta alla malattia, l'operazione può avere conseguenze deleterie immediate e remote. La asportazione accidentale delle paratiroidi può produrre la tetania, la resezione di una parte abbondante di tiroide può produrre il mixedema. Per altro l'asportazione di un lobo della tiroide può essere seguito dalla ipertrofia dell'altro.

Comunque la tiroidectomia parziale (è questa la operazione che dà maggiori probabilità di successo) nei casi gravi, quando sia abilmente condotta e con un anestesi appropriata, nei soli casi, nei quali deve essere tentata, ossia in quelli gravi, dà successi abbastanza buoni.

Probabilmente essa agisce in due modi, sia rimpicciolendo l'organo iperfunzionante e quindi diminuendo la produzione delle sostanze tossiche, sia diminuendo la tensione endorganica e quindi riducendo l'assorbimento delle sostanze stesse.

G. Dragotti.

MEDICINA SOCIALE.

Le basi economiche e politiche dell'assicurazione statale contro le malattie.

Premesse.

L'assicurazione statale obbligatoria contro le malattie costituisce uno dei problemi fondamentali della società moderna.

Interessa individualmente gli assistiti, ai quali offre la facilità e la sicurezza dell'assistenza medica ed economica e quindi arreca aumento di salute e di benessere.

Imprime incremento all' economia sociale, in quanto che evita i dissesti familiari che oggi sono spesso determinati dalle malattie e che si ripercuotono sfavorevolmente sulla produzione e quindi sulla ricchezza collettiva.

Assume una portata politica, in quanto che il sapersi validamente sostenuti ed assistiti nei frequenti casi di malattia — non meno che in quelli d'invalidità o nella vecchiaia — avvince al mantenimento dell'ordine.

Per questi motivi l'assicurazione obbligatoria contro le malattie è divenuta, nel momento attuale, l' obbiettivo culminante della medicina sociale.

La soluzione del problema non presenta neppure difficoltà insuperabili, dacchè basta muoversi sulla falsariga di altri paesi e specialmente dell'Inghilterra e della Germania; anzi l'esperienza già fatta altrove consentirà di scansare alcuni errori in cui si era incorsi.

Un compito dello Stato.

Vediamo di lumeggiare meglio i varî elementi ai quali abbiamo fugacemente accennato.

Tra i mezzi diretti ad accrescere il benessere generale, tengono il primo posto quelli che si propongono di sovvenire alla debolezza economica di una larga parte di cittadini.

Usiamo l'espressione di *debolezza economica*, che togliamo in prestito dal Loriga, intendendo di riferirci non soltanto alla vera indigenza, ma anche alle condizioni disagiate del medio ceto e della piccola borghesia.

Questo stato di povertà e di semi-povertà si traduce in insufficienza dei mezzi di vita indispensabili (alimentazione, alloggio, nettezza, cure mediche ecc.), di modo che ne risultano minorate le attività fisiologiche dell'organismo; in tali condizioni questo non può svolgere la totalità delle energie e della potenza produttrice di cui sarebbe altrimenti capace, e se il disagio è esteso a larghe categorie di lavoratori, viene a soffrirne la produttività generale: in altri termini, viene a deprimersi l'economia nazionale.

Le malattie, la disoccupazione, l'invalidità, l'orfanato, ecc. acuiscono episodicamente il disagio e spesso determinano dissesti economici, a volte precipitano nella miseria. Di queste cause la più frequente è data dalle malattie e dalle loro conseguenze.

Per prevenire od attenuare le crisi che conturbano la vita economica degli individui e delle fumiglie, non basta di accantonare, durante il periodo di attività utile e di produttività, le risorse di cui si dispone. Difatti risorse esigue non consentono di costituire, mediante il risparmio, una riserva bastevole a fronteggiare le contingenze più gravi.

Svariatissime iniziative private e pubbliche sono intervenute a riparare le più gravi deficienze economiche od a prevenirne le conseguenze più dolorose.

Spetterebbe precipuamente allo Stato, come entità rappresentante della comunità, il compito di assicurare il benessere degli individui che lo costituiscono e che si muovono nell'orbita delle sue istituzioni, svolgendo la loro attività. Pur troppo l'azione statale però si è dimostrata quasi sempre e quasi dovunque manchevolissima, slegata, impari allo scopo; onde è sentita più che mai la necessità d'intensificarla, di estenderla, di renderla più efficiente.

***

Agire in tal senso non costituisce solo un dovere morale, ma, al tempo stesso, un vantaggio sociale positivo, poichè, come dice Augusto Bunge, la miseria cronica od occasionale oltre ad essere un'ingiustizia importa un enorme sciupo di energia e di salute, così individuale — per la vittima e per la sua famiglia — come collettiva.

Riconoscere questo compito e provvedere in conseguenza è anche un' abile tattica politica da parte dei Governi. Se lo Stato, dice l'Ubeda, con largo spirito di liberalità orienta sempre più decisamente in questa direttiva la sua azione sociale, può attrarre e mantenere nella sfera della legalità le masse popolari, la cui forza e la cui organizzazione crescono sempre. Si ha non solo il dovere, ma anche l'interesse di precorrere i tempi, di non cedere unicamente alla pressione delle classi organizzate, in modo che la generalità della popolazione giudichi il miglioramento conseguito non

come una conquista strappata ai poteri costituiti, ma come una misura ispirata a sentimenti di umanità, dettata dalla valutazione dei bisogni più irriducibili e dal proposito di compiere opera di assestamento sociale.

Comunque, sarà sempre un mezzo di buon governo. Basti ricordare le parole con le quali Bismarck presentava al Reichstag il primo progetto per le assicurazioni statali contro le malattie, la invalidità e la vecchiaia; il grande statista metteva in rilievo la necessità di « perseguire il fine di coltivare nelle classi non abbienti della popolazione, le quali sono le più numerose e le meno istruite, la nozione che lo Stato non è solo una istituzione necessaria, ma anche benefica. A tal fine esse debbono venire indotte, per mezzo di vantaggi apprezzabili e diretti, assicurati per via legislativa, a concepire lo Stato come un'istituzione che risponde anche alle loro necessità ed ai loro interessi, non inventata unicamente per tutelare le classi meglio situate della società. Non ci deve trattenere dall'inoltrarci per questa via la considerazione che s'introduce un elemento socialista nella legislazione. In realtà non si tratta di alcun che assolutamente nuovo, ma di uno svolgimento più avanzato dell'attuale nostra concezione dello Stato, derivata dal sentimento cristiano, secondo la quale accanto alle sue funzioni difensive, gli incombe il compito di favorire in modo positivo il benessere di tutti i suoi membri, specialmente di quelli più deboli ».

La beneficenza.

Per adempiere questo dovere sociale, umanitario e politico ad un tempo, sono aperti due cammini, sono attuabili due ordini di provvedimenti: la beneficenza obbligatoria e la previdenza obbligatoria.

La prima costituisce il procedimento più semplice, più antico, più diffuso. Cominciò con un atto individuale compiuto per un sentimento di umanità: l'elemosina. Trasse largo alimento dal cristianesimo: perciò fu a lungo essenzialmente ecclesiastica ed ancora ai nostri giorni la maggior parte delle istituzioni benefiche hanno carattere pio.

Un po' per volta dalle organizzazioni caritatevoli del Medio Evo si differenziò l'assistenza pubblica, intesa come funzione di Stato. Essa ricevette nuovo incremento ed assunse carattere obbligatorio con la rivoluzione francese, a tutela dei diritti dell'uomo, come rileva Salazar: difatti la Convenzione dichiarò che l'assistenza dei poveri è un debito sacro della società, e la Costituente convalidò lo stesso principio.

Queste idee filosofiche, che in origine parvero astrazioni pure degli apostoli della rivoluzione, un po' per volta furono cristallizzate in leggi positive, in virtù delle quali si creò nei varî paesi la regolamentazione della beneficenza ufficiale, diretta a rimediare al pauperismo e ad assicurare tutta una serie di soccorsi: ricovero dei malati negli ospedali, delle gestanti nelle maternità, dei trovatelli nei brefotrofi, assistenza sanitaria domiciliare ed ambulatoria, sovvenzioni economiche. In Inghilterra si andava organizzando la dispendiosissima assistenza pecuniaria obbligatoria dei poveri. In Italia il servizio comunale di condotta per i poveri, che ha tradizioni secolari, veniva reso obbligatorio dallo Stato e posto sotto la sua tutela.

Tutta la *routine* della nostra assistenza sanitaria è derivata da questa concezione primitiva, semplicista ed ormai sorpassata della beneficenza pubblica.

***

La quale offre inconvenienti che non possono disconoscersi. È empirica nei suoi procedimenti: guarda il fatto immediato. Tende ad attenuare gli effetti della miseria, non a prevenirla. Non elimina le cause dei mali che vorrebbe correggere, se pure non le aggrava. È anche assai dispendiosa, almeno in rapporto al rendimento, sempre esiguo.

Basterebbe ricordare i nefasti dei brefotrofi, alcuni dei quali hanno registrato quasi il 100 % di mortalità, tanto che si è potuto affermare che compiono un vero « infanticidio legale »; l'inefficienza di certi manicomi, ove anche le forme lievi di malattie mentali divengono facilmente croniche; o il funzionamento di alcuni ospedali comuni, che — ci duole dirlo — offendono le norme più elementari dell'igiene, se non dell' umanità. Nè va dimenticata la scarsezza degli istituti ospedalieri, sovratutto in alcune regioni, e la quasi assoluta mancanza d'istituti sanatoriali.

Nel campo dell'assistenza sanitaria, a noi interessa di prendere specialmente in considerazione la condotta medica.

Come osserva Martinelli, questa risponde a ragioni sentimentaii e non a ragioni sociali: più che provvedere alla difesa di quel gran tesoro collettivo che è la salute, ha lo scopo di offrire un soccorso caritatevole.

Difatti la legge erigente la restringe ai soli poveri e non contempla i semi-poveri, ai quali l'assistenza medica verrebbe resa poco accessibile se per una semi-illegalità la condotta non si estendesse a tutti gli abbienti, col concorso e con la complicità di espedienti i quali denaturano, in qualche modo, la legge.

I medici per altro risentono un danno dalla condotta piena: onde i loro insistenti richiami alla rigorosa osservanza della legge.

I diritti degli assistiti sono ridotti al mini-

mo: per esempio, non è contemplata la facoltà di scelta del medico, anche quando sarebbe forse attuabile; d'altra parte viene lasciata agli organi locali la facoltà di restringere od allargare quasi ad arbitrio il criterio di povertà. Infine, la condotta fa del medico un funzionario, lo burocratizza, poichè ne abolisce quasi del tutto l'esercizio libero; in queste condizioni ne riduce il rendimento.

La maggior parte di questi inconvenienti si aggraverebbero ancora di più col sistema che preconizza l'on. Bertolini, il quale vorrebbe estendere l'assistenza sanitaria gratuita alla grande maggioranza della popolazione, mediante risorse attinte unicamente al bilancio dello Stato. Si accentuerebbe così il carattere provvidenziale, elemosiniero, che già distingue i nostri servizi pubblici di assistenza sanitaria.

La previdenza.

Per i motivi esposti la beneficenza classica, vessatoria e screditata, tende gradatamente a scomparire, per cedere il posto alle istituzioni di previdenza, più dignitose e più efficaci.

Anch'esse vantano la loro storia, dalle gilde medioevali alle società di M. S.; ma hanno acquistato prestigio e diffusione solo in questi ultimi tempi, assumendo carattere sempre più decisamente sociale.

La previdenza sociale, come dice il Bunge, applica i metodi tecnici, i procedimenti scientifici dell'assicurazione alla totalità degli abitanti con situazione economica instabile. Essa tende ad organizzarli in una federazione nazionale di cooperative di assicurazione, pronte ad accorrere ed a prestare il loro valido aiuto tutte le volte che necessita.

Si sostituisce agli antichi benefizi che l'assistenza immediata e caritatevole pretendeva di coprire, fornendo il rimedio economico ai danni risentiti nella salute o nel benessere; facilita le cure mediche in tutte le contingenze nelle quali possono occorrere ed in tutte le forme; fa che nulla manchi alla partoriente, che la gestante e la puerpera fruiscano di un idoneo riposo; provvede agli orfani, alle vedove, agli invalidi.

Ha per sè altri vantaggi notevolissimi, incalcolabili: per es. le risorse di cui dispone derivano, se non in totalità almeno in larga misura, direttamente dalle quote periodiche versate da coloro stessi che ne traggono i benefizi: quindi i servigi che rende non possono considerarsi come favori concessi a titolo grazioso o come elemosina, ma costituiscono un diritto legale, acquisito personalmente, che invece di abbassare, eleva in dignità la condizione dell'assicurato. Mentre la beneficenza addormenta, la previdenza, dice Martinelli, stimola e tempra quel senso della responsabilità che è altissimo coefficiente di ogni progresso.

Affinchè l'assicurazione, in qualunque forma, funzioni organicamente, è necessario dotarla delle riserve di numerario indispensabili a coprire i rischi che l'accompagnano: ne deriva il doppio vantaggio di un'amministrazione salda e della sicurezza dei suoi benefizi: sono, queste, condizioni obbligate della sua esistenza, del suo sviluppo, della sua prosperità.

Sotto l'aspetto igienico sociale, le immense riserve che la previdenza accumula e organizza costituiscono il complemento più prezioso della assicurazione, dacchè permettono di compiere le grandi opere di carattere profilattico dotandole delle riserve necessarie. Grazie alle dette risorse, è possibile organizzare in modo scientifico il trattamento e la profilassi delle cause d'invalidità, di malattia, di morte prematura, inerenti al lavoro ed alla convivenza sociale, come la tubercolosi; creare e mantenere ospedali, sanatorî, dispensarî, colonie marine e montane, colonie per epilettici, asili per alcoolisti, ecc.; contribuire a risolvere problemi molto gravi, come quello ospedaliero o quello delle case salubri; promuovere la propaganda igienica; favorire gli studî medici; soddisfare le nuove esigenze economiche delle classi sanitarie.

Non solo, ma siccome per la sua organizzazione finanziaria vi concorrono così gli assistiti (operai, contadini, impiegati privati, piccoli professionisti, ecc.) come i datori d'opera (proprietarî di aziende agricole, industriali, commerciali) e lo Stato, delle cui quote complessive si nutre, ne deriva che è interesse dello Stato e delle classi abbienti di ridurre le cause di malattie e d'invalidità; quindi essa diviene uno stimolo potente a promuovere l'igiene della vita domestica e sociale ed a migliorare le condizioni sanitarie del lavoro (già si sono potuti apprezzare tra noi i risultati delle leggi contro gl'infortuni industriali).

Ancora: alcuni dei vantaggi di cui oggi godono gl'impiegati dello Stato e dei grandi Enti pubblici, vengono a generalizzarsi: per es. la relativa continuità e sicurezza del compenso, il trattamento di pensione, ecc. Risulta meno privilegiata, sotto tali riguardi, la posizione dei detti impiegati. Conseguenza: gl'impieghi pubblici, la cui eccedenza costituisce oggi una calamità nazionale, perchè gravano fortemente sul bilancio dello Stato e perchè distraggono molte energie dalla produzione, verranno ad essere meno ambiti e ricercati.

Tutto dunque depone a favore delle assicurazioni.

Non conviene però dissimularsi un pericolo, il quale è dato dalla possibilità e dalla facilità degli abusi e dalla necessità d'infrenarli. Pur troppo, esso

può farsi così grave da rendere aleatori molti dei benefizi e da compromettere perfino l'esito della riforma.

L'assistenza sanitaria qual'è attualmente.

Vediamo ora d'istituire un confronto un po' più serrato tra il vecchio ed il nuovo sistema nei riguardi dell'assistenza sanitaria.

Atteniamoci a qualche esempio concreto.

Per una famiglia dalle risorse limitate e non iscritta nell'elenco dei poveri, una malattia grave o di lunga durata si risolve oggi in un dissesto economico, a meno di condizioni speciali, come la partecipazione ad una società di M. S. che presti un valido aiuto. Difatti, è necessario di retribuire il medico, di acquistare le medicine ed i presidî medici, di far eseguire gli esami diagnostici, di provvedere un vitto idoneo. Se si tratta di un adulto, viene a cessare od a ridursi il suo provento, ovvero — ciò che risolve sotto altra forma in una perdita economica — viene a mancare l'operosità spesa a favore dell'azienda domestica. Quando il malato è costretto a farsi ammettere in un ospedale pubblico, gli si addebitano le diarie. A tutto suo carico sono sempre le cure specializzate, costosissime.

Facciamo un altro caso.

Il malato od il capo-famiglia figurano nell'elenco dei poveri: subentra allora il diritto al medico condotto. Spetta il medico della propria zona sanitaria, esclusivamente quello, anche se non è accetto e se non vi si ripone alcuna fiducia.

Il medico ha la coscienza di compiere un'opera caritatevole, demandatagli dal Comune; e siccome non è sempre un apostolo, a volte la compie con poco zelo, od almeno con poco entusiasmo, infastidito dalle troppe chiamate che aggravano il suo lavoro senza aumentare i suoi proventi.

Il malato povero ha diritto anche alle medicine, ma non viene posto in grado di provvedere ad una dieta idonea. Egli non viene compensato menomamente dei danni che gli cagiona l'astensione forzata dal lavoro, danni che possono essere molto gravi per lui.

Nelle condotte manca l'utilizzazione di tutte le molteplici e complesse risorse diagnostiche e curative che accrescono oggi di tanto il valore dell'assistenza sanitaria, ma che la rendono più onerosa.

Lo sfruttamento dei progressi diagnostici e terapeutici, i quali vengono compiuti incessantemente dalla medicina, costituisce un privilegio dei grandi ospedali o delle cliniche. Ma è solo in caso di necessità conclamata che il povero può essere ricoverato in un ospedale. Il Comune fa di tutto per non concedere l'autorizzazione, onde non andare incontro alle spese di spedalità; gli ospedali, a loro volta, si limitano ad accogliere i soli casi più urgenti, se manca l'autorizzazione preventiva del Comune di origine, e ciò allo scopo di mettersi al sicuro e di poter addebitare poi la spesa; così l'assistenza risulta insufficientissima.

Nell'ospedale il malato povero è trattato spesso ben diversamente dal malato abbiente ricoverato in una casa di salute o in una camera a pagamento; egli è poco più che tollerato, deve sottostare a delle umiliazioni, non può accampare dei diritti.

Si aggiunga, infine, che l'assistenza sanitaria gratuita concerne per solito le sole malattie mediche e chirurgiche; salvo in alcune grandi città, non contempla la protesi ortopedica, la protesi odontoiatrica, le cure sanatoriali, le cure di fanghi, le cure idriche ed altri trattamenti specializzati.

***

Vediamo ora la posizione dei medici.

Il medico condotto, essendo retribuito a stipendio fisso, non deve sostenere quasi nessuna concorrenza, sovratutto nelle condotte piene; quindi viene a mancargli uno dei più forti stimoli a perfezionarsi, e per lo più non ne sente il bisogno: studia poco, non frequenta i corsi di perfezionamento, non si mantiene abbonato a numerose riviste, non bazzica nei congressi salvo che non siano d'interessi professionali, perde il contatto col mondo scientifico; le sue facoltà si ottundono. In grandissima maggioranza i medici condotti reagiscono tenacemente e con successo contro questa tendenza all'inerzia mentale; ma alla lunga molti di essi non si salvano da un quasi ineluttabile decadimento, che costituisce il danno più grave della condotta, specialmente della condotta piena: noi siamo convinti che in questo risultato si debba ricercare uno dei motivi i quali inconsapevolmente rendono invisa ai medici la cura piena.

Quanto alle condizioni economiche, per la generalità dei medici condotti esse sono state sempre tutt'altro che brillanti. Solo in seguito ad una lotta tenace si era riusciti a renderle tollerabili in numerose condotte; ma ora sono di nuovo precipitate, in rapporto con lo svalutamento del denaro, e bisognerà ricominciare una campagna aspra e ricca di contrattempi e probabilmente frazionata di nuovo in infiniti episodi, affinchè tornino a divenire dignitose.

Passiamo ai medici liberi esercenti. Quando non sono sopraffatti dal lavoro, si mantengono bene edotti dei progressi compiuti dalla medicina, anche perchè hanno frequenti contatti coi colleghi. Ma salvo poche e fortunate eccezioni, neppur essi realizzano guadagni adeguati ai servigi che rendono agli individui, alle famiglie e alla società.

D'altra parte, costretti a vivere sui mali degli altri ed a strappare il compenso a famiglie per lo più non ricche e già provate dalla malattia, la loro posizione morale ne soffre. Conosciamo valenti medici che per questo motivo hanno rinunziato del tutto alla clientela e sono divenuti medici delle ferrovie, medici di laboratorio.

L'assistenza sanitaria in un prossimo avvenire.

Come verrebbero sistemati invece i servizi sanitari attuando l'assicurazione statale?

Questa abbraccia la grandissima maggioranza dei cittadini, ai quali conferisce il diritto dell'assistenza sanitaria completa e di una sovvenzione economica adeguata, per modo che da un lato la malattia non è più rovinosa e dall'altro viene trattata a dovere.

Gli assistiti contribuiscono coi loro mezzi al fondo d'assicurazione: quindi si rafforza in essi la coscienza del diritto e se ne eleva la dignità.

Il diritto si estende alla scelta del medico — almeno col sistema che generalmente vige nell'Inghilterra. La scelta può cadere su qualunque medico iscritto nelle liste delle assicurazioni, non solo del posto, ma anche di sedi limitrofe. Naturalmente, essa è condizionata al consentimento del medico (l'associato provvede, eventualmente, a integrarne il compenso); viene a mancare del tutto negli ospedali; è limitata in casi speciali (per es. nelle poliambulanze). La libera scelta limitata ai medici che accettano le tariffe mutualiste è stata autorizzata e sperimentata con successo anche in Germania, in Svizzera e altrove.

Al medico fiduciario compete una quota per ogni assistito (capitazione), almeno col sistema che ha fatto migliore prova in Inghilterra e che risponde di più ai fini della riforma. Per ottenere il massimo numero di assistenze, egli deve sostenere e vincere la concorrenza dei colleghi: quindi egli è indotto non solo a trattare premurosamente i malati, ma anche a perfezionarsi nella sua arte e viene a risentirne un vantaggio indiretto, che si ripercuote su tutta la professione.

L'assistenza sanitaria include le persone della famiglia dell'assicurato che vivono a suo carico e che non sono assicurate (in Germania questa estensione non è obbligatoria, ma viene stabilita dagli statuti di tutte le « Casse per malati »; anche in Inghilterra gli organi dell'assicurazione hanno facoltà di estendere l'assistenza alle persone di famiglia, e questa è ormai la regola generale: sarebbe preferibile, quindi, di sanzionarne il principio).

L'assistenza negli ospedali risulta agevolata moltissimo. Le amministrazioni ospedaliere attingono ai fondi ingentissimi delle assicurazioni le diarie consumate dagli aventi diritto; in compenso, esse accreditano all'assicurazione le somme, quasi sempre insufficienti, destinate nei loro bilanci all'assistenza sanitaria. Così, come documentava Devoto, può essere automaticamente fronteggiata la crisi che minaccia di fallimento tante amministrazioni ospedaliere. La facilità offerta per l'assistenza ospedaliera determina un rapido aumento nel numero e nella capienza degli ospedali. Al tempo stesso, gli ospedali vengono scaricati e liberati di molti infermi leggeri, ora accolti per condiscendenza, ma che, ricevendo una sovvenzione economica, preferiscono di curarsi a domicilio: così viene fatto più posto ai veri « ospedalizzabili ».

Come alle cure ospedaliere, si provvede a quelle sanatoriali: ciò spiega l'enorme incremento dei sanatori nei paesi ove sono state attuate le assicurazioni contro le malattie.

In Inghilterra gli organi delle assicurazioni hanno facoltà di provvedere anche a cure speciali (odontoiatriche, fisiche, ecc.), come pure di concedere assegni straordinari per malattie gravi, di abolire la carenza, ecc.

In Germania il solo limite alla molteplicità dei trattamenti specializzati è data dalla potenzialità finanziaria delle Casse: è così che sono sorti istituti *ad hoc* per nevropatici, anemici, cardiaci, ecc.; eventualmente si provvede a fornire perfino l'assistenza infermiera al domicilio dei malati.

Anche presso di noi importerebbe di non perdere di vista l'integrazione dell'assistenza sanitaria comunemente intesa, con tutto questo insieme di provvidenze. Tra l'altro, converrebbe di favorire e democratizzare le cure idriche e termali.

La maggiore facilità di accesso negli ospedali reca con sè un enorme vantaggio: quello di rendere accessibili alla generalità dei malati tutte le risorse tecniche, oggi così perfezionate e così indispensabili. L'assistenza domiciliare ed ambulatoria continuerebbe, invece, ad essere incompleta e manchevole anche in regime di assicurazione, come lo è attualmente. Per altro, si vanno già studiando dei mezzi diretti ad ottenere una migliore utilizzazione delle risorse tecniche: a tale uopo si è proposto di istituire dei grandi ambulatori cui sarebbero addetti numerosi medici fiduciarî specializzati, i quali formerebbero una specie di cooperativa: il progetto è stato elaborato dal Davis negli Stati Uniti, per accrescere l'efficienza delle assicurazioni sociali contro le malattie, che si vanno preparando e che verranno prossimamente promulgate in tutta l'Unione.

La futura posizione economica dei medici.

Le condizioni economiche della classe medica vengono, per solito, notevolmente migliorate dalle assicurazioni. Così in Inghilterra, non appena attuata l'assicurazione contro le malattie (nel 1911)

i medici videro improvvisamente i loro proventi triplicarsi.

Per l'Italia è giustificato presumere che avverrà qualcosa di non dissimile. Senza voler invadere il campo della scienza attuariale, proviamoci a fare un computo grossolano di orientamento. Supponiamo che gli assicurati raggiungano il numero di 10 milioni (il progetto Toja, quale è annunziato dai giornali politici, ne prevede 11 milioni; il progetto Martinelli 12; in Inghilterra sono stati quasi 14, quanti erano dapprincipio in Germania, dove però l'assicurazione è stata sempre molto più ristretta, genuinamente operaia o quasi); supponiamo inoltre che gl'iscritti vengano quotati due soldi al giorno (in Inghilterra il premio è generalmente di 4 pence la settimana per gli uomini e di 3 per le donne; tenuto conto del cambio, si va ad una media effettiva di circa 10 cent.; questo contributo però, stabilito *ante bellum*, dovrà ora essere notevolmente aumentato, in rapporto con lo svilimento del denaro). Detratte le perdite inevitabili, si raccoglierebbero almeno 300 milioni all'anno.

Quasi altrettanto si avrebbe dai datori d'opera (conviene notare che gli artigiani indipendenti, i professionisti liberi, i piccoli proprietari, verserebbero due premi, dacchè sarebbero considerati come datori d'opera a loro stessi e come assicurati).

Aggiungiamovi ancora il contributo dello Stato (in Inghilterra, che conviene prendere a modello, i 4/9 dei contributi sono versati dagli assicurati, i 3/9 dai datori d'opera e i 2/9 dallo Stato, per gli uomini; i 3/8, 3/8 e 2/8 rispettivamente per le donne; in Germania manca del tutto il contributo dello Stato; in Rumania il fondo dell'assicurazione è costituito soltanto, o quasi, dagli assicurati).

Si ottiene dunque un bilancio formidabile, certamente non inferiore a 700 milioni.

Ammettiamo che la metà di questa somma si spenda per le sovvenzioni di malattie agli assicurati e per quelle di maternità e di vecchiaia (le casse di maternità e di vecchiaia verrebbero probabilmente conglobate nell'assicurazione-malattie); che un altro quarto vada impegnato per la costruzione e la manutenzione di ospedali, sanatori, dispensari ecc. (a questa somma sono da aggiungere 150 milioni attualmente spesi allo stesso scopo dalle Opere Pie, dalle Province e dai Comuni): rimarrebbero incirca 150 milioni per la retribuzione dei medici. Detratte le spese di amministrazione, i prelevamenti per la costituzione di un fondo di riserva, ecc., ai medici verrebbero assegnati almeno 100 milioni.

Ammettiamo ancora che, tra medici condotti, i quali diverrebbero d'ufficio medici fiduciarî, e medici che s'inscriverebbero volontariamente presso l'Istituto assicuratore, si raggiunga il numero complessivo di 18,000 (in Inghilterra su 22,000 medici esercenti se ne iscrissero 20,000, ossia più dei 9/10). Ripartendo tra tutti la somma indicata, a ciascuno spetterebbero 6000 lire l'anno in media. Questa somma è da aggiungere ai proventi fissi della condotta, i quali rimarrebbero invariati, o quasi, per l'obbligo della residenza, nonchè ai proventi che deriverebbero dall'esercizio privato il quale rimarrebbe per i veri ricchi, non assicurati come pure per gli assicurati che desiderassero di consultare un medico diverso da quello da essi designato come di loro scelta.

Facciamo ora un alto computo approssimativo su basi diverse: ammettiamo che per ogni assicurato l'assistenza medica debba estendersi, in media, a tre persone; in tutta l'Italia verrebbero dunque assistite 30 milioni di persone; distribuite tra i 18,000 medici fiduciarî, spetterebbrro 1700 assistiti in media a ciascun medico; ammettiamo una capitazione di L. 3.50 per ogni assistito (la tariffa stabilita dall'Ordine dei medici di Roma per le Società di M. S. è di L. 5, ma probabilmente sarebbe difficile di farla accettare; in Inghilterra per ogni assicurato la spesa del medico è stata, in media, di circa L. 10, somma che però include l'assistenza all'assicurato ed alle persone di famiglia): si otterrebbe così un introito medio di L. 6000 per ogni medico; dunque anche per questa via si giunge allo stesso risultato precedente.

Ci siamo attenuti, di partito preso, a cifre basse. Probabilmente bisognerà tener conto delle differenze regionali e locali.

Non molto diverso è il risultato avutosi in Inghilterra, la quale, subito dopo l'avvento della assicurazione-malattie, potè essere definita «il paradiso d'Esculapio»; gl'introiti in media salirono da 3750 a 10,000 fr. l'anno; il prezzo medio di ogni visita fu di fr. 5; alcuni medici molto quotati o che facevano incetta di assicurati raggiunsero proventi di 70,000 fr. (oltre la quota spettante per quegli assicurati che non si erano curati di designare un medico). Si dovette finire per fissare dei limiti.

Si badi che questi introiti, ottenuti prima della guerra, hanno permesso di fronteggiare lo svalutamento del denaro appunto perchè cospicui; ma ora dovranno essere notevolmente migliorati.

***

Affinchè i risultati corrispondano alle aspettative, affinchè le assicurazioni portino un miglioramento economico apprezzabile alla classe medica, occorre che questa si mantenga sulla breccia, vigile e combattiva.

Altrimenti non è da escludere la possibilità che le assicurazioni determinino, invece, un abbassa-

mento del livello economico e morale della classe, come accadde in primo tempo nella Germania (ove il medico fiduciario riceveva 3 marchi per ogni assicurato e aveva l'obbligo di assistere quasi gratis le persone della famiglia; ogni visita veniva ad essere ricompensata, in media, 40 – 50 pfennighe, ossia 50 – 70 cent.; di più s'imponevano al medico fiduciario compiti gravosi; perfino gli onorari dei medici liberi vennero, di contraccolpo, a rinvilirsi). Se la classe medica non s'interessa in tempo alla riforma e non fa valere i suoi desiderata, corre il rischio che questa si risolva addirittura in uno sfruttamento o in una irrisione umiliante, come già è accaduto or ora per gli infortuni agricoli, grazie alla beata indifferenza delle nostre organizzazioni professionali, che solo a fatto compiuto si agitano e corrono ai ripari.

Tanto in Germania quanto in Inghilterra si sono dovute sostenere aspri conflitti da parte della *Leipziger Verband* e della *British Medical Association* per strappare vantaggi sensibili; da noi questo compito dovrebbe spettare, in larga misura, alla *Federazione degli Ordini*, che rappresenta tutti i medici esercenti, ma è dubbio che la nostra massima organizzazione sanitaria, la quale non ha mai dato prove di una grande vitalità, possa essere galvanizzata in questa occasione.

Intanto, è bene che le varie associazioni professionali prendano posizione.

Inconvenienti e pericoli.

Il sistema delle assicurazioni non è esente da inconvenienti e da pericoli, come abbiamo già accennato.

Per esempio, nell'Inghilterra durante i primi tempi tutti gli aventi diritto ricorrevano all'opera dei medici, ne riempivano le anticamere e facevano lunghe code perfino avanti le loro abitazioni, nelle strade; ma poi questo parossismo, determinato dall'improvvisa facilità di valersi del medico, si è gradatamente calmato ed ha fatto posto ad unó stato di equilibrio nel nuovo regime sanitario.

Alcuni medici hanno avuto enormemente da fare, sino a perdere la tranquillità e la salute; erano costretti ad esami precipitosi, incorrevano in errori; quindi si è dovuto porre un limite all'operosità di ciascuno, autorizzare i sostituti, ecc. Altri inconvenienti furono relativi al cambiamento del medico scelto, al cambiamento di residenza dei clienti o del medico, agli orari delle visite e alle visite notturne, alla libertà di prescrizione, alle modalità dei compensi, ecc. ecc.

Ma il solo pericolo grave, il più difficile ad ovviare ed a fronteggiare, è dato dalla facilità delle frodi favorite dai medici, dirette allo scopo di trarre un lucro illecito dalle assicurazioni, di ottenere il compenso di malattia senza essere malati.

In Germania la disonestà dei pazienti, dei medici e dei farmacisti tende addirittura a trasformare le assicurazioni in un caos; le frodi vi sono divenute così frequenti, che la Germania potè essere definita «una nazione di simulatori»; a Lipsia si trovò che l'83 % delle malattie denunziate erano provocate artatamente o simulate. Anche in Inghilterra il male si fa molto sentire. È facile immaginare che cosa avverrebbe tra noi, dove Magaldi ha denunziato dei centri industriali in cui la simulazione infortunistica si diffonde a volte come un' irresistibile epidemia. Importa dunque di provvedere in tempo a rendere difficili o poco vantaggiose le frodi.

A tale scopo si può ricorrere a vari mezzi, come limitare le sovvenzioni alle sole malattie di lunga durata o di una certa gravità, stabilire un discreto periodo di carenza (per es. 4 – 5 giorni) e di noviziato (per es. un anno), ridurre la misura delle sovvenzioni, moltiplicare le ammissioni negli istituti di cura, organizzare un sistema di ispezioni e di controlli e stabilire un rapporto limite di morbosità, oltre il quale si compiono delle inchieste per accertarne le cause ecc. (le funzioni ispettive darebbero la possibilità di una carriera ai medici fiduciari).

Ma il cardine della profilassi è dato dalla lealtà dei medici; appunto per mettere questi al disopra di qualsiasi debolezza od allettamento criminoso, occorre migliorarne in modo notevolissimo la posizione economica e sociale.

Tutte le infrazioni, da qualunque parte vengano, vanno severamente colpite.

In questo modo si riesce a dominare la situazione.

Progetti e varianti.

Lo schema da noi tracciato segue, nelle linee generali, la falsariga delle assicurazioni inglesi, le quali, a nostro modo di vedere, meritano di essere prese a modello perchè hanno fatto un'ottima prova. Si può affermare che in questo campo l' Inghilterra è all'avanguardia delle nazioni civili.

Dobbiamo aggiungere che sono state avanzate varie proposte, le quali se ne allontanano più o meno.

Così nel progetto Martinelli verrebbe a mancare del tutto la libera scelta del medico, in quanto che ad ogni medico fiduciario competerebbe una zona sanitaria: press'a poco ciascun medico condotto conserverebbe la sua zona attuale.

È questo però, secondo noi, uno scoglio da evitare, poichè farebbe naufragare uno dei grandi vantaggi dell'assicurazione per il pubblico. Gli stessi medici finirebbero indirettamente per esserne danneggiati, poichè la loro opera verrebbe meno ricercata ed apprezzata; d'altra parte, come ab-

biamo già rilevato con franco e positivo obbiettismo, l'assillo dell'emulazione e della concorrenza non li indurrebbe o non li forzerebbe a perfezionarsi. È anche da considerare che i benefizi derivanti alla classe medica si riverserebbero sui soli medici condotti, i quali rimarrebbero sopraffatti dal lavoro; ne sarebbero esclusi tutti gli altri colleghi.

La libera scelta non è certo esente da svantaggi: per es., rende i medici troppo arrendevoli e compiacenti, alieni dallo smascherare le simulazioni, proclivi a far aumentare le spese per i medicinali e per i presidî terapeutici; inoltre una clientela rozza concede spesso ogni preferenza ai medici che si valgono di risorse ciarlatanesche, che sanno « lavorare » la clientela: i giovani medici si dimostrano spesso particolarmente intraprendenti a danno degli anziani, dotati di maggior senso di dignità professionale. Ma i difetti possono essere neutralizzati, ed i vantaggi prevalgono di molto: così è che, dove la libera scelta è stata sperimentata, è rimasta (per es. presso la Società ferroviaria di Francoforte) e in genere si va diffondendo (per es. nel Würtemberg si è generalizzata).

Nel progetto Martinelli, il medico fiduciario, riceverebbe due ordini di compensi: uno fisso, l'altro regolato sul numero delle visite. Ma la retribuzione in base al numero delle visite renderebbe farraginoso l'organismo e il funzionamento delle assicurazioni, comporterebbe difficoltà di controllo e si presterebbe a controversie e probabilmente renderebbe molto frequenti le frodi (visite fittizie).

Tanto la rinumerazione fissa quanto quella di ogni singola prestozione sono state adottate nell'Inghilterra, ove è consentita la massima libertà ai comitati locali nel regolare le modalità dei compensi; ma hanno risposto meno bene della « capitazione ». Per dare un'idea della complicazione inerente alla rimunerazione a visita, basti pensare che la tariffa si modifica a secondo delle disponibilità e proporzionalmente ad una tariffa di base (questo sistema non ha escluso la libera scelta).

Il Cingolani propone di non assegnare all'assicurato nè il medico nè le medicine, ma solo un congruo contributo economico, sul quale egli poi provvederebbe a retribuire il medico, tutte le volte che dovesse valersi della sua opera; ma questo procedimento condurrebbe al risultato di attutire il bisogno del medico negli assicurati; invece importerebbe che il medico fosse consultato con frequenza, per sorprendere i mali iniziali, per disciplinare l'evoluzione del male, per valorizzare al massimo la sua opera. Si consideri inoltre che verrebbe distratta dalla classe medica una buona parte dei proventi delle assicurazioni, i quali potrebbero andare ad essa. Infine, conviene riflettere che è pericoloso di aumentare l'assegno pecuniario di malattia: un assegno elevato, che comporti la spesa eventuale per il medico e per le medicine, indurrebbe assai più facilmente a tentare le simulazioni e le frodi.

La proposta Cingolani trova qualche riscontro in Olanda ed in Svizzera. L'Olanda esclude il servizio medico dall'assicurazione statale contro le malattie; ma conviene aggiungere che essa fa obbligo agli assicurati di essere iscritti in una società di M. S. per l'assistenza medica, ciò che si risolve nell'assegnare questa assistenza per via indiretta. In Svizzera è data facoltà alle casse di assicurazione di assegnare la sola sovvenzione economica o la sola assistenza medica o tutt'e due; ma si tratta, a noi pare, di un provvedimento inorganico ed incompleto; del resto nella Svizzera l'assicurazioni malattie è obbligatoria solo in alcuni cantoni, mentre è ancora facoltativa negli altri.

In quati tutti i paesi in cui vige l'assicurazione di Stato contro le malattie – Germania, Svizzera, Olanda, Rumania, ecc. – i premi sono commisurati *grosso modo* alle retribuzioni percepite da ciascun assicurato, e così pure le prestazioni. In Germania vengono stabilite da ogni Cassa delle percentuali sui salari; ma sono stati fissati alcuni limiti e precisate le condizioni in cui possono essere varcati, sino ad un limite massimo: se i fondi non bastano ancora, provvedono alle prestazioni i Comuni, i datori d'opera, le Casse delle corporazioni.

I progetti formulati presso di noi Gobbi e Toja e da Martinelli s'ispirarono anch'essi a questi principî, che rispondono forse ai criteri di una equità ideale, ma che conducono ad una grande complicazione. Sarebbe preferibile, ci pare, di attenersi al sistema attuato praticamente in Inghilterra. Anche in Inghilterra sono stabilite varie misure di premi (1, 3 e 4 pence la settimana per gli uomini, 1 e 3 per le donne); ma in pratica il premio è uno solo, quello massimo, perchè gli altri corrispondono a salari troppo bassi, che non hanno corso effettivo; una è anche la tariffa della sovvenzione: tutto ciò porta ad una straordinaria semplificazione amministrativa e riduce al minimo le contestazioni. A questo criterio unitario è ispirato il progetto Abbiate, che porta anche altre semplificazioni notevoli, coordinando l'assicurazione-malattie con le altre assicurazioni sociali.

Per le ragioni dette, noi riterremo convenlente di attenersi provvisoriamente al metodo inglese ed alle modalità di esso che hanno corrisposto meglio, salvo a portarvi degli adattamenti a misura che ne sorgesse il bisogno.

Conclusioni.

Tutta l'assistenza sanitaria verrà profondamente rinnovata e resa più pronta, più comprensiva e più efficace dall'assicurazione contro le malattie. Non per nulla il ministro De Nava, nell'annunziare alla Camera la nomina della Commissione per lo studio di questa assicurazione, proclamava decisamente « *la necessità* di trasformare l'assistenza sanitaria dalla forma filantropica e di beneficenza in un vero e proprio istituto di previdenza sociale ».

Questa grandiosa riforma, promossa altrove dai partiti popolari, resa matura e urgente nel nostro paese dalla rapida evoluzione che lo distingue, nonchè dal generale sconvolgimento prodotto dalla guerra, risponde ai principî della solidarietà sociale e ad una sincera valutazione dei bisogni della grande maggioranza della popolazione. Essa costituisce, come dice il Davis, il principio di una nuova êra sociale ed economica.

***

Non ci dissimuliamo le difficoltà e le incognite che il problema presenta, nè la necessità di procedere con cautela nell'opera di demolizione e di ricostruzione.

Lo abbiamo prospettato senza alcuna pretesa di avviarlo verso una soluzione, ma solo per invitare ad approfondirlo.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

V. MAGALDI. *La assicurazione per le malattie degli operai.* Relazione. Roma, 1914.

V. MAGALDI. *Provvidenze sociali post-belliche.* « Rassegna Sociale », giugno 1918.

P. BERTOLINI. *Assicurazioni operaie o provvidenze sociali?* « Nuova Antologia », 1 e 16 marzo 1918.

U. GOBBI. *L' assicurazione obbligatoria.* Milano, 1917.

M. ABBIATE. *Per una legge sulle assicurazioni operaie obbligatorie ecc.* « Cooperazione Italiana », 31 agosto 1917.

G. TOJA. *Alcune considerazioni di carattere tecnico ecc.* Ibidem, 29 ott. 1917.

G. B. VALENTE. *Una soluzione integrale del problema delle assicurazioni sociali.* Roma, 1917.

L. DEVOTO. *Le assicurazioni obbligatorie contro le malattie e gli ospedali italiani.* Milano, 1913.

G. LORIGA. *L'assicurazione contro le malattie professionali degli operai.* « L'Igiene Moderna », giugno 1918.

A. MARTINELLI. *Contributo all'assicurazione contro le malattie.* « Rassegna Sociale », luglio 1918.

A. MARTINELLI. *L'assicurazione contro le malattie e la questione ospedaliera.* « L'Ospedale Maggiore », 30 sett. 1918.

A. MARTINELLI. Articoli varî in « Il Medico Condotto », 15 genn., 15 febb., 28 febb., 15 maggio 1919.

CINGOLANI. *Sulla sistemazione del servizio di condotta in regime di assicurazioni sociali.* « La Vita Sanitaria », 17 e 23 marzo 1919.

L. VERNEY. *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Inghilterra.* « Il Policlinico », Sez. Prat., 20 aprile, 4 maggio e 22 giugno 1913.

Commissione per lo studio della assicurazione contro le malattie. (Verbali a stampa).

B. S. WARREN A. E. SYDENSTRICKER. *Health Insurance. Its relation to public Health.* « Public Health Bulletin ». n. 76, marzo 1916.

M. DAVIS. *The Medical Organisation of sickness Insurance.* « Medical Record », 8 genn. 1916.

A. F. DOWSING. *Lest we forget. A study of health Insurance ecc.* « Boston Med. a. Surg. Journal », 17 aprile 1919.

EDITORIAL. *The failure of German compulsory Insurance.* « Journal Americ. Medic. Assoc. «, 1 febbraio 1919.

A. BUNGE. *Las conquistas de la higiene social.* Vol. II, p. 3ª, El seguro social, Buenos Aires, 1911.

UBEDA Y CORREAL. *Los seguros sociales.* « El Siglo Médico », 9 e 16 marzo 1918.

M. SALAZAR. *La sanidad y los seguros sociales.* Ibidem, 13, 20 e 27 luglio 1918.

P. PIC. *Les assurances sociales en France et à l'étranger.* Parigi, 1913.

M. WAGNER. *Die Deutsche Arbeiterversicherung.* Berlino, 1906.

W. KASTEL u. F. SIZTZLER. *Grundriss des sozialen Versincherungsrechts.* Berlino, 1912.

« Rassegna di assicurazioni e previdenze sociali », Roma.

« Annali del credito e della previdenza », Roma.

« Bulletin des assurances sociales », Parigi.

« Jahrbücher für Nationalsökonomie und Statistik. Volkswirtschafsliche Chronik ». Jena.

Actes du VIII Congrès international des assurances sociales. Roma, 1909.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La sindrome simpatica.

(P. RAMOND, P. A. CARRIÉ, *Annales de médécine* 1919, n. 1).

Lo studio del nervo gran simpatico presenta grandi difficoltà: la ricchezza della sua distribuzione, la complessità delle sue connessioni, specialmente col vago, l numero e l'importanza dei tessuti ed organi da esso innervati, rendono impossibile l'uso dei processi abituali di sperimento fisiologico e di esplorazione clinica, quindi il capitolo che lo riguarda è uno dei meno precisi della patologia.

L'intervento del gran simpatico è spesso invocato in svariate affezioni per spiegare la genesi di certi sintomi. Già antica è la nozione dei rapporti fra la tiroide e tale nervo, di cui è espressione il morbo di Flajani-Basedow, e quella dei rapporti fra le capsule surrenali ed il simpatico stesso, messi in luce dal morbo di Addison.

Più recente è la nozione dell'azione eccitatrice dell'adrenalina sul simpatico. Quando poi, in occasione di disturbi viscerali, si parla di nevrosi, si fa più che altro allusione al simpatico; abbiamo così la nevrosi tachicardica, quelle gastro-intestinali, in cui acquista importanza sempre maggiore il plesso solare, che estende la sua azione nella genesi di multiple sindromi addominali, ed anche nelle crisi gastriche delle tabe. Le lesioni del simpatico sono invocate altresì nella genesi dei fenomeni causalgici, degli aneurismi cirsoidi, dell'asfissia locale delle estremità.

Nella grande complessità della patologia del simpatico, gli AA. intendono limitarsi a descrivere un insieme di sintomi attribuibili ad un disturbo dell'innervazione simpatica, che si riuniscono, sia pure con varia intensità, in una sindrome sempre identica. Questa sindrome si ravvicina agli stati morbosi legati a disturbi di natura endocrina, che fanno risentire la loro influenza su multiple funzioni del nervo.

ANALISI DELLA SINDROME.

Comprende essenzialmente disturbi cardiaci, vasomotorî, secretorî, respiratorî, dispeptici, mentali e nervosi.

Sintomi cardiaci. — Si manifestano soprattutto sotto forma di crisi di palpitazione dolorosa: varia è l'intensità della tachicardia, ma molto viva è sempre l'angoscia dolorosa, talora in forma di dolore puntorio sotto la mammella sinistra. Quando le palpitazioni sono vive vi si aggiuugono anche battiti nel collo e nella testa, ronzii, ed anche vertigini, senza sincope. Questo accenno di malattia di Menière è dovuto a semplici disturbi congestizî fugaci, che possono però condurre ad un certo grado di sclerosi vestibolare con vero morbo di Menière.

Le crisi si notano talora in seguito a sforzi, oppure (quelle più forti) ad emozioni od all'inizio della digestione, talora anche senza causa apparente, sempre senza alcun nesso fra l'intensità della causa e quella della crisi.

L'esame del cuore non rivela alcuna lesione; il polso — che talora durante la crisi raggiunge i 160 battiti al minuto — è abitualmente normale, manca cioè la tachicardia permanente, con cui non si deve confondere la frequenza del polso che si rileva quando viene osservato senza le dovute cautele. La prova di sforzo può rivelare una accelerazione viva con ritorno lento alla norma. Questi dati variabili nello stesso individuo non confermano che l'instabilità del polso.

Sintomi vaso-motorî. — Sono permanenti o si manifestano in forma di crisi, con vampate alla faccia ed al collo che accompagnano o non le crisi: sul corpo, alla minima eccitazione cutanea, si formano macchie rosse, talora accompagnate da orripilazione; e delle macchie di falso eritema, mentre l'ammalato si spoglia; le mani sono fredde ed hanno una colorazione violacea che si estende all'avambraccio, con una colorazione cianotica delle unghie; analoghi fenomeni si osservano ai piedi: in generale l'ammalato si lamenta di aver sempre le estremità fredde, con sensazione di torpore e di formicolio. Tali fenomeni possono essere permanenti ed esagerarsi nelle crisi.

Sintomi secretorî. — Si manifestano con abbondante diaforesi, al minimo sforzo, alla più piccola emozione, talvolta in forma di crisi; le mani sono sempre umide.

Sintomi respiratorî. — Gli ammalati si lamentano di sensazioni retro-sternali, che si possono interpretare come una vera angoscia respiratoria, che compare per crisi; la respirazione di solito è normale, con inspirazioni profonde seguite da lunghi sospiri.

Tremore. — È leggero a piccole oscillazioni, limitato alle dita, spesso non avvertito dall'ammalato; d'ordinario è permanente, ma si esagera nelle crisi, al punto che l'ammalato non può scrivere.

Sintomi dispeptici. — Compaiono all'inizio del periodo digestivo, con sensazione di ripienezza dolorosa e di tensione gastrica; durano un quarto d'ora, mezz'ora, al massimo un'ora e solo eccezionalmente si prolungano per tutto il periodo digestivo. Trattasi di un fenomeno puramente subbiettivo, poichè il rigonfiamento gastrico non

è rivelabile in alcun modo, vi si aggiunge una sensibilità viva al cavo epigastrico. Ai sintomi locali si accompagnano quelli a distanza: oltre a quelli cardiaci e vaso-motorî, già accennati, si nota una tendenza al sonno, generalmente assai breve, ed un'impressione di stanchezza generale, di annientamento, che dura anche parecchie ore.

Questi sintomi compaiono dopo qualunque pasto, preferibilmente dopo quelli copiosi, ed innaffiati da alcoolici, ma talvolta, anche dopo quelli leggieri, si hanno delle crisi assai forti. L'esame radioscopico e quello clinico dànno risultati negativi.

Sintomi mentali. — In apparenza l'emotività di questi ammalati è notevole; in quanto che essi reagiscono violentemente alla minima causa; ma soprattutto con l'elemento fisico, mentre quello psichico è poco turbato. In certo qual modo, si può dire che l'ammalato assista con sangue freddo al disordine organico, provocato in lui da una emozione.

Uno dei caratteri della sindrome simpatica è quello di manifestarsi in forma di crisi. — Ora l'emozione è una delle cause, che determinano la comparsa di crisi, che non differiscono da quelle che si manifestano senza causa apparente o all'inizio del periodo digestivo. Sarebbe quindi erroneo considerare tali ammalati come emotivi, quanto considerarli come dispeptici.

FORME CLINICHE.

Alcuni dei sintomi descritti (vaso-motorî) sono permanenti e soggetti ad esacerbazioni, altri si manifestano soltanto in forma di crisi, sia locali (tachicardica, vaso-motrice, ecc.) sia costituite dall'unione di alcuni o di tutti i sintomi.

Spesso, già al primo esame, specialmente se fatto abbastanza bruscamente o con un certo apparato, si assiste ad una crisi quasi completa, con *facies vultuosa*, battiti esagerati delle carotidi, comparsa di macchie rosse sul petto, copioso sudore, sospiri profondi, tremori.

Le crisi possono presentarsi sotto l'influenza di cause diverse già accennate: solo eccezionalmente in seguito a sforzo, che tende invece determinare una tachicardia, ben diversa dalla palpitazione dolorosa provocata invece dall'emozione, dalla digestione, ecc. Il più spesso le crisi violente si manifestano senza ragione, di giorno o di notte; talvolta il solo fatto di uscire, di passeggiare può evitare una crisi che si presenta giornalmente a quella data ora.

La variabilità di questa sindrome nei diversi individui consiste specialmente nella frequenza, e nella intensità e nella predominanza di un sintoma. Un ammalato ha solo una o due crisi al giorno, con sintomi attenuati, che è necessario ricercare attentamente per riconoscerli, un altro invece ne ha di più frequenti, e talmente forti, che costituiscono per lui uno stato di malessere penosissimo.

La predominanza di un sintoma darà un aspetto particolare alla sindrome, a forma emotiva o nervosa tachicardica, pseudo-dispeptica. Nell'interrogatorio il malato si classifica spesso da sè, in quanto che esso accusa di essere molto nervoso, di soffrire battiti di cuore, o di digerire male. Ciò che lo impressiona nel primo caso è la futilità delle cause che provocano in lui un grande malessere: un rumore inatteso, una chiamata brusca, il pensiero della visi provocano in lui una rivoluzione. Nel secondo caso la sua attenzione è attirata quasi unicamente dalle palpitazioni e si crede affetto da malattia di cuore: il terzo parla solo del malessere che accusa dopo i pasti ed incrimina la difficoltà delle sue digestioni. In realtà però se le prime parole pronunciate dagli ammalati sono diverse, la sindrome è sensibilmente la stessa e si trovano all'analisi molti o spesso tutti i sintomi descritti.

PATOGENESI.

Questa sindrome clinica può interpretarsi come una perturbazione nel dominio del gran simpatico. I disturbi cardiaci (tachicardia) sono attribuibili ad uno stato di eccitazione esagerata, quelli vaso-motori, in parte ad eccitazione (vaso-dilatazione della faccia), in parte ad inibizione (estremità fredde, cianotiche); i disturbi sudorali, non sono dovuti ad alterazioni circolatorie, ma sono in dipendenza dell'eccitazione dei nervi secretori, e possono avvicinarsi a quelli che accompagnano i fenomeni causalgici, dei quali la natura simpatica è ormai dimostrata. Le sensazioni di battito al cranio, i ronzii d'orecchio, le vampate al volto sono in dipendenza di vaso-dilatazione endocranica, come pure la tendenza post-prandiale al sonno.

Le sensazioni di angoscia respiratoria, che si accompagnano a vere alterazioni del ritmo sono probabilmente fenomeni di origine centrale, sotto l'influenza di perturbazioni vaso-motrici. Queste sono anche in giuoco per la genesi dei disturbi pseudo-dispeptici; probabilmente trattasi di vaso-costruzione gastrica in luogo della vaso-dilatazione, che si osserva negli individui normali. D'altra parte alcuni di questi ammalati accusano delle sensazioni dolorose gastriche acutissime, mentre nessun dato nè clinico, nè radiologico, nè chimico rivela l'esistenza di una lesione organica dello stomaco; l'origine simpatica di tali dolori che ricordano quelli causalgici è assai probabile.

In generale non si può parlare di iper- o di ipoeccitabilità del nervo, ma solo di sofferenza, che rivela un vero squilibrio dell'innervazione simpa-

tica. Questi dati e queste conclusioni derivano soltanto dall'osservazione clinica e nessun aiuto può essere fornito dall'esperimento farmaco-dinamico con cui si ottengono risultati incostanti che d'altra parte si spiegano con quanto sopra si è detto, che cioè non si può dire che la sofferenza del simpatico consista nell'elevazione piuttosto che nella diminuzione del suo tono.

EZIOLOGIA.

Influenze costituzionali. — Il fattore ereditario viene invocato da molti ammalati e spesso è indiscutibile un certo nervosismo familiare. La malattia però non va considerata come uno stato funzionale, nè come una nevrosi del simpatico. Probabilmente le influenze costituzionali consistono in un terreno favorevole (simpatico irritabile), ma è necessario l'intervento di cause diverse.

Cause irritative locali. — Consistono nell'irritazione del nervo durante il suo tragitto, in dipendenza di ferite, di lesioni peritoneali, di lesioni degli annessi nelle donne (con sviluppo di disturbi circolatorî, pseudo-dispeptici, malessere generale) di lesioni appendicolari (gastropatie dolorose dell'appendicite cronica). La sindrome simpatica si accompagna inoltre a molti stati dispeptici, ciò che viene spiegato dalle relazioni dello stomaco con il plesso solare; si vede allora che i sintomi proprî dell'affezione gastrica sono preceduti, all'inizio della digestione, da quelli della sindrome simpatica (disturbi vaso-motori della faccia, raffreddamento delle estremità, tendenza al sonno, tachicardia). Il fatto che in questi individui la pressione al cavo epigastrico provoca un acceleramento anzichè un rallentamento del polso rivela lo stato di irritabilità simpatica.

Cause generali. — Sono fra queste le infezioni, le intossicazioni (l'alcool specialmente): molti ammalati attribuiscono alla guerra (fatiche, emozioni, intossicazioni ?) l'inizio delle loro sofferenze; probabilmente però la guerra non ha fatto che mettere in luce ed esagerare uno stato preesistente

Anche la cattiva secrezione delle ghiandole endocrine può essere in giuoco, specialmente della tiroide, dei surreni, delle ghiandole genitali; la somiglianza della sindrome simpatica con quella del morbo di Basedow, dei disturbi della menopausa (tachicardia, disturbi vaso-motori ecc.) dell'azione dell'adrenalina sul gran simpatico avvalorano questa ipotesi. Probabilmente però non può parlarsi dell'ipo- o dell'iper-funzionalità di una o di un'altra ghiandola, ma di un processo più complesso, in cui entra oltre che l'elemento quantitativo anche quello qualitativo, sotto forma di alterazione di funzione. Non si può quindi precisare nè la ghiandola incriminabile, nè quale sia il senso del vizio secretorio.

DIAGNOSI.

In generale è abbastanza facile. Spesso però questi ammalati sono considerati degli alcoolisti (tremore, reazioni emotive, *facies*), dei nervosi emotivi, dei cardiaci, dei dispeptici, dei basedowiani.

Per quanto riguarda la tachicardia di guerra, gli AA. osservano che questo disturbo spesso va messo in conto della sindrome simpatica e si differenzia bene dai così detti *piccoli cardiaci*, in cui la tachicardia è provocata dallo sforzo e costituisce l'unico sintoma, non accompagnato quindi da quelli che si trovano nella sindrome descritta. Quest'ultima va anche distinta dalla tachicardia della convalescenza, da quella basedowiana, e da quella continua di origine emotiva, mentre va invece riavvicinata alle forme descritte come nevrosi tachicardiche.

La coesistenza di sindrome simpatica e di fenomeni dispeptici fa sorgere la questione di decidere quale sia il disturbo primitivo.

La risposta non è difficile nei casi tipici di sindrome simpatica con sintomi pseudo-dispeptici, o di affezione gastrica con sintomi simpatici attenuati, ma è assai malagevole nelle forme fruste e di passaggio, in cui occorre metter bene in luce tutti i sintomi per giudicare poi dall'insieme di essi.

Comunque, va poi ricercata la causa che ha originato la sindrome simpatica: un esame minuzioso può talvolta far riconoscere la causa irritativa locale, mentre è assai più difficile determinare le cause generali.

TRATTAMENTO.

È sintomatico è causale. Quello sintomatico deve lasciar da parte i rimedî cardiaci, che sono senza effetto nella tachicardia, ed avere un indirizzo sedativo: riposo, idroterapia, calmanti nervosi. Quando si possa istituire il trattamento causale, si potrà ottenere una guarigione definitiva.

fil.

CHIRURGIA.

I risultati definitivi dell' operazione per il cancro del retto.

(I. RAWSON PENNINGTON. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 71, n. 23).

Le operazioni per la cura radicale del cancro del retto sono giustamente annoverate tra quelle che presentano maggiori pericoli: questi sono rappresentati per una parte dallo shock, per l'altro dalle complicazioni settiche. In una statistica raccolta da Hartmann, comprendente 1665 operazioni, la mortalità è stata del 15.8 %, su

753 casi dei Mayo è del 15.5 % e scende al 12.5 % se si considerano solo i casi degli ultimi 3 anni operati nella clinica di Rochester.

Questo miglioramento non è dovuto a una più prudente selezione; infatti mentre dal 1910 al 1913 i casi operati sono il 51 % di quelli visitati, nel periodo che va dal 1913 al 1915 gli operati rappresentano il 71 %. In 6 casi fu asportato anche l'utero; in 6 fu resecata la vescica, in 12 la vagina, in 2 la prostata, in 5 una o più anse di intestino tenue. Queste estese demolizioni provano quanto siano stati ampi i limiti di operabilità.

Per quel che riguarda i risultati definitivi, i Mayo riferiscono che, avendo potuto avere informazioni su 364 dei loro operati, ne hanno trovati in vita dopo 3 anni il 37.8 %, dopo 5 anni il 35.8 %.

Sembra che i tumori del retto diano metastasi meno frequentemente di altri tumori; Symmers trovò in 28 autopsie di individui soccombuti a cancro del retto che più della metà dei casi erano privi di metastasi. In circa un migliaio di autopsie eseguite dall'A. in soggetti affetti da cancro del retto fu trovato che in circa un terzo dei casi non erano affette che le ghiandole regionali e che esse erano raggiungibili dalla via perineale o sacrale.

Questa via, che ha permesso un gran numero di operazioni, comincia ora a esser soppiantata dalla via addomino-perineale. Le ragioni che la hanno fatta apparire preferibile sono varie.

Durante l'operazione si stabiliscono mutamenti delle correnti linfatiche che possono favorire la diffusione del materiale canceroso. Per il cancro della mammella per es. si ammette che sia buona regola cominciare la dissezione dall'alto e continuarla verso il basso, cioè procedere in senso contrario a quello della corrente linfatica. Per seguire un concetto analogo nell'operare il cancro del retto l'operazione dovrebbe esser cominciata dall'addome e terminata dal perineo.

Una frequente causa di morte operatoria nei metodi perineali e sacrali è dovuta alla gangrena dell'intestino.

La gangrena è dovuta al fatto che la massima parte del retto riceve sangue dalla a. emorroidale superiore, la quale è terminale (Sudeck, Hartmann) al disotto del punto nel quale riceve un grosso ramo anastomotico con le arterie sigmoidee. Ogni legatura eseguita al disotto di questo punto, che viene perciò detto *critico*, è seguito dalla gangrena del retto. La legatura dell'a. emorroidale superiore al disopra del punto critico può essere agevolmente eseguita solo dall'addome; ciò si può fare se si segue un processo combinato. Si esegue dall'addome anche l'isolamento del retto; dalla via perineale si completa la resezione e si esegue la riunione capo a capo dell'intestino. Dopo aver sezionato l'a. emorroidale superiore, non esiste più alcun ostacolo a che il sigma si lasci attrarre in basso per quanto lo permetterà il raddrizzamento della sua curva.

Altri argomenti in favore dell'operazione combinata sono la possibilità che esistano infiltrazioni nel connettivo pericolico situate molto più in alto del tumore rettale o che il neoplasma noto non sia che un innesto secondario a un altro tumore esitente nello stomaco o nelle ovaie o nella vescica biliare o in porzioni più alte del colon stesso. In questi casi è evidente che solo una preventiva esplorazione laparatomica può far attuare una adeguata terapia, permettendo sia di fare ampie asportazioni del connettivo perirettale e delle ghiandole, sia di eseguire quegli altri atti che i reperti dell'esplorazione facessero apparire necessarii.

L'A. raccomanda infine ai medici di esercitare una accurata sorveglianza sui loro clienti che siano giunti all'*età del cancro* affinchè i primi segni dell'affezione maligna vengano precocemente riconosciuti. Tra i pazienti di cancro del retto ricoverati nel Massachusett's Hospital, Jones ha trovato che i tre quarti erano stati curati per lungo tempo di emorroidi e che gli altri erano stati curati per diarree di natura incerta. Se questi pazienti fossero stati più scrupolosamente esaminati e eventualmente sottoposti a esami proctoscopici, la giusta diagnosi sarebbe stata molto verosimilmente fatta più presto e la terapia radicale avrebbe avuto maggiori probabilità di successo.

G. EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Associazione medico-chirurgica di Palermo.

Seduta del 12 aprile 1919.

Presiede il prof. L. GIUFFRÈ.

Ricerche batteriologiche sull'influenza.

S. CANNATA e A. AMATO. — Espongono i risultati delle loro ricerche negli ammalati affetti da influenza. Le emoculture eseguite nei primissimi giorni di malattia (1°-3°) ebbero costantemente risultato negativo; quelle praticate su individui nei quali la malattia durava da più giorni e che quasi sempre presentavano localizzazioni polmonari, ebbero risultato positivo.

Poterono così isolare dalla circolazione gene-

rale: 1° un bacillo gram-negativo pseudo-influenzale in 6 casi; 2° cocchi gram-positivi analoghi al micrococco metatetrageno di Saccone in 13 casi; 3° diplococchi gram-negativi-parameningococchi in 8 casi; 4° cocchi molto piccoli gram-resistenti in 3 casi; 5° streptococco emolitico in 2 casi.

Dagli espettorati, raccolti in periodo vario di malattia, isolarono il bacillo di Pfeiffer nel 36 % dei casi.

Dagli essudati pleurici esaminati (6 casi) fu riscontrato in due il parameningococco, e negli altri quattro il micrococco metatetrageno. Anche nei due casi in cui si esaminò il liquido cefalorachidiano, potè mettersi in evidenza il parameningococco in uno, il micrococco metatetrageno nell'altro.

In base all'isolamento dei vari germi dal sangue, gli AA. vengono alla conclusione, già sostenuta anche da altri, che tali germi debbano considerarsi solo come agenti di infezioni secondarie; capaci di complicare variamente la sindrone influenzale e dare persino dei veri processi setticoemici.

Circa il virus primitivo sono d'avviso che, sebbene fosse positivo il reperto del B. di Pfeiffer nel 36 % di espettorati, non debba considerarsi tale germe come l'agente eziologico primitivo, bensì, essendo ospite abituale di alcune mucose come i diplococchi e gli streptococchi, possa, sia primitivamente sia in seguito a malattie infettive (influenza, morbillo, ecc.) divenire patogeno.

Ritengono quindi: che l'agente patogeno primitivo dell'influenza sia, sino ad ora, sconosciuto; che i vari germi riscontrati nel sangue degli ammalati siano, in genere, da considerarsi come agenti di infezioni secondarie; che il B. di Pfeiffer, come del resto sostengono altri AA., ed in Italia da tempo il Banti, sia da considerarsi come ospite abituale del cavo naso-faringeo, e che possa venire esaltato dallo ignoto virus influenzale.

BENTIVEGNA, dopo aveve esposto le svariate forme che ha presentato l'influenza in questa epidemia, riferisce la percentuale minima di casi ed a decorso benigno, avutasi nel reparto malarici ben chininizzati dell'ospedale R. Pilo da lui diretto, rispetto alla grande recettività, alle forme piuttosto gravi, ed al numero notevole dei decessi, negli altri reparti dell'Ospedale in cui la profilassi chininica era mancata.

GIUFFRÈ ritiene accettabile il concetto, per quanto non ancora perfettamente dimostrato, che l'agente etiologico della influenza sia un virus filtrabile, il quale, agendo nello stesso modo di quello delle malattie esantematiche comuni, aprirebbe la via all'attecchimento di altri germi satelliti (diplococchi, stafilococchi, diplostreptococchi, ecc.) dando così luogo alle varie localizzazioni e manifestazioni di questo morbo veramente proteiforme.

A proposito della terapia rammenta la benefica azione del chinino come profilattico, e richiama alcuni casi dimostrativi venuti sotto la sua osservazione oltre a quelli di cui già aveva parlato nella seduta del 24 settembre 1918.

L.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La vertigine della menopausa.

Viene attribuita a disturbi vasomotori, che provocano irregolarità nella circolazione dell'apparato vestibolare, e disturbi dell'equilibrio. Si ritiene che i disturbi vasomotori, siano dovuti alla perdita della secrezione ovarica, con diminuito metabolismo o cambiamenti nelle funzioni della tiroide, delle surrenali, della pituitaria.

Tale forma di vertigine ricorre ad intervalli irregolari, di giorni o settimane, od anche diverse volte al giorno. Si presenta senza causa apparente, oppure in seguito a cambiamenti di posizione od a movimenti non abituali.

Nella maggior parte dei casi osservati da K. I. Sanes (*Am. Journ of Obstetrics.*, genn. 1919) la vertigine era del tipo obbiettivo: coesistevano quasi sempre vampate di caldo, sudori freddi, palpitazioni, mosche volanti, scotomi, cefalea, nausea, ronzio agli orecchi.

Prima di iniziare il trattamento, è necessario indagare se la vertigine possa venire attribuita ad altre cause, come arteriosclerosi, malattie renali e distrurbi oculari, specialmente muscolari.

Nelle vertigini da menopausa l'A. consiglia di favorire anzitutto la nutrizione e l'eliminazione, e di somministrare una preparazione di ovaio, di cui ogni pastiglia corrisponde a 6 cg. di sostanza fresca. Si danno cinque pastiglie per dose, due o quattro volte al giorno, aumentando eventualmente la quantità.

L'A. ha ottenuto il 37 % di miglioramenti ed il 25 % di guarigioni: la scomparsa della vertigine può precedere, seguire od accompagnare lo scomparsa degli altri disturbi. La cura va continuata per mesi od anche per anni; talora, nei casi prolungati, la vertigine ritorna o si fa più grave sospendendo il rimedio. Tale terapia stimola altresì le ovaje ad un aumento di secrezione, ed ha maggiori probalità di successo quanto più presto viene iniziata.

fil.

Mestruazione e idrope intermittente del ginocchio.

La patologia dell'idrope articolare intermittente è tuttora oscura. Alcuni autori lo collocano nella stessa categoria dell'edema angioneurotico, edema acuto palpebrale ricorrente, pseudocrup, asma bronchiale, vomito intermittente, ecc.

A questo gruppo svariato, Schlesinger ha posto il nome di idrope *ipostrofico*, riconoscendone la connessione con il sistema riproduttivo.

Un certo appoggio a tale teoria è dato da Sinding-Larsen (rif. in *Medical Review;* volume XXI, n. 9), che riporta due osservazioni, in cui la comparsa dell'idrope intermittente al ginocchio era legata con le mestruazioni, apparendo con esse e scomparendo prima che esse finissero. La gravidanza rendeva meno forti gli attacchi, che poi si fecero più leggeri con lo stabilirsi della menopausa. La puntura articolare, ha dato: un liquido alquanto torbido, senza germi.

L'idrope intermittente articolare può osservarsi anche in casi di malaria, avvelenamenti, isterismo, oppure con paralisi o con diatesi urica. Quando si escludano tali cause, la nostra ignoranza dà il nome di idrope idiopatica, che si manifesta con una gonfiezza più o meno considerevole, delle articolazioni specialmente del ginocchio, senza sintomi di infiammazione. Nello intervallo fra gli attacchi, che compaiono a periodi regolari, l'articolazione appare normale. L'affezione può durare per anni. Il trattamento è incerto quanto la patologia.

l. b.

L'uso e le dosi della pituitrina.

La pituitrina mantiene artificialmente la capacità contrattile del muscolo uterino senza recare pericoli alla madre od al feto (Becerro de Bengoa, rif. in *Rev. espanola de med. y cirugia*, marzo 30, 1919). Con dosi di due-tre cmc. si provocano (e con la ripetizione si mantengono) delle contrazioni capaci di determinare il parto, il quale, così si sviluppa con velocità normale, o si abbrevia.

Prima di somministrare tale medicamento, è però necessario essere certi che non esiste sproporzione, fra il volume del feto e la capacità della pelvi; deve cioè trattarsi di casi di miastenia uterina, senza anomalie meccaniche. L'A. l'ha usata però anche in casi di notevole asinclitismo o di rotazione interna. Efficace è il metodo nell'atonia uterina, frequente nella presentazione di natiche, specialmente nella varietà incompleta. Fra i casi di presentazione di vertice l'A. ha somministrato la pituitrina, quando la dilatazione cervicale aveva il diametro di un pezzo da due lire, con il sacco delle acque già rotto: con sei cmc. iniettati a distanza, si ottenne il parto a termine.

In un altro caso dell'A. si trattava di una donna in sesto mese di gravidanza, con placenta previa ed emorragia abbondantissima, tanto che si riteneva imminente la morte; il collo non permetteva l'introduzione del dito. Mentre si stavano facendo i preparativi per il taglio cesareo, la paziente si aggravò talmente che l'A. si decise a fare un'iniezione endovenosa di un cmc. di pituitrina ed una endomuscolare di 3 cmc; dopo una mezz'ora di due cmc, ed un altra dopo $^3/_4$ d'ora. Subito dopo la prima iniezione comparvero delle contrazioni uterine, che dilatarono il collo, in modo che fu possibile la versione podalica e la compressione del punto sanguinante. Il collo però era rigido per cervicite cronica e non fu possibile l'estrazione; però con altri 2 cmc. si ebbe l'espulsione naturale; nessuna emorragia nel secondamento.

L'A. ha somministrato con buon esito la pituitrina in altri casi di placenta previa, di idramnios, di aborto, nelle ritenzioni placentari del parto e dell'aborto con emorragia, nella emorragia per atonia del *post-partum*.

La dose di tre cmc. per iniziare le contrazioni, è innocua, *purchè von vi sia ostacolo meccanico.* Si possono somministrare in tutto 8-11 cmc. entro alcune ore. Le emorragie del *post-partum* non sono più frequenti con l'uso della pituitrina nè vanno attribuite ad essa.

l. b.

SEMEIOTICA.

Il segno dell'abduzione delle dita nella paralisi radiale.

Consiste nell'attitudine che prendono le dita durante l'abduzione attiva e serve per differenziare la natura organica o funzionale di una paralisi radiale. Per ricercarlo (J. Boisseau — *Presse méd.*, 8 maggio 1919), si invita il soggetto a mettere le due mani, la sana e l'ammalata, nella stessa attitudine, poi gli si ordina di allontanare al più possibile le dita. Quelle della mano sana si allontanano nello stesso piano frontale; quelle della mano ammalata si comportano differentemente.

Nella paralisi organica, le dita formano una specie di angolo diedro irregolare; il medio rimane immobile, l'indice si allontana, flettendo la falangetta, l'anulare compie un movimento analogo ma più marcato e più marcato ancora il mignolo. Il pollice si mette in opposizione ed abduzione, dirigendosi verso il margine cubitale della mano.

Nelle paralisi pitiasiche, l'ammalato o dichiara

che non può fare il movimento, oppure lo compie normalmente; in quest'ultimo caso, si può concludere per l'integrità del nervo radiale e l'esistenza di paralisi organica. Alla stessa conclusione si arriva se l'ammalato dichiara di non poter fare il movimento e se facendoglielo compiere passivamente, si vede che le dita rimangono poi ferme in uno stesso piano frontale.

Nei casi misti *istero-organici*, la presenza o l'assenza del segno di abduzione, permette di affermare che la lesione nervosa persiste tuttora o invece è riparata. È bene sempre ricorrere all'abduzione passiva; se si vedrà che durante gli sforzi che l'ammalto fa per tenere allontanate le dita, queste prendono l'attitudine di abduzione anormale, si può concludere che la lesione nervosa non è completamente guarita.

Il segno sarebbe costante e da attribuirsi a ciò che durante i tentativi per produrre l'abduzione, entrano in contrazione sinergica i muscoli delle eminenze tenari ed ipotenari, che producono l'attitudine descritta.

r. s.

Il segno della depressione retromalleolare nella sciatica.

L. Rimbaud (rif. in *New York med. Journ.*, 29 marzo 1919) richiama l'attenzione sulla importanza della regione del tendine d'Achille nella diagnosi di sciatica. Oltre al reflesso achilleo, hanno un certo significato la dolorabilità alla pressione e le differenze, che si notano alla percussione, rispettivamente all'altro lato.

Nei casi di sciatica, poi, il tendine, invece di presentarsi come una corda tesa, è poco prominente: le due depressioni fra esso ed i malleoli sono più o meno attenuate, il tendine sembra come allargato e tutta la regione ha un aspetto edematoso. Questi fatti sono specialmente pronunciati nelle ferite del tronco dello sciatico o del nervo popliteo interno, mentre non si osservano nelle ferite o paralisi del popliteo esterno. Si notano altresì nella sciatica medica, specialmente di antica data, e sembrano dovuti a radicolite sciatica o funicolite sacrale per artrite dei forami.

Tale segno si trova nel 75 % di tutti i casi di sciatica chirurgica e nel 25 % di quelli medici. È da attribuirsi ad una ipotonicità del gastrocnemio e del soleo: se si afferrano questi muscoli e si stirano in alto, la depressione retromalleolare scompare. Il segno viene messo bene in evidenza, facendo stare ritto il paziente sopra una sedia od una tavola, con i calcagni rivolti verso la luce.

r. s.

Le nascite in Francia, che durante il 1913 erano state solo 604.811: sono andate ancora decrescendo: nel 1917 erano ridotte a 363.310.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1099) *Tenifughi.* — All'abb. n. 7512, dott. C. G. di C.:

Importa certamente conoscere lo stato del cuore dell' ammalato di Taemia, per giudicare se sia opportuno somministrare come tenifugo il cloroformio.

Questo si è dimostrato un buon antielmintico e si usa unito ad un purgante di olio di ricino nella dose di tre o quattro grammi per un adulto.

Dato però che lo stato del cuore del paziente non ne permettesse l'uso, sarebbe bene somministrare gli innocui semi di zucca.

Ne prenda 80-100 grammi, li pesti in un mortaio facendone una pasta alla quale aggiungerà poi del miele o dello zucchero. Mezz'ora dopo la ingestione, somministri un purgante di olio di ricino.

Tanto nel caso che usi il cloroformio, come se ricorrerà ai semi di zucca, il giorno innanzi alla somministrazione del farmaco, tenga il malato a dieta moderata e la sera il pasto sia fatto esclusivamente con del latte. Prima che il paziente si corichi faccia praticare un enteroclisma di acqua salata per libérare completamente l'ultima porzione dell'intestino dalle sostanze solide che potrebbero ostacolare o ritardare l'espulsione del parassita.

Dopo la somministrazione del vermicida, quando, per l'azione del purgante, il malato sentirà il bisogno di defecare, sarebbe bene che egli sedesse sopra un vaso a metà ripieno di acqua tiepida. Ciò impedisce che il verme si spezzi e la ricerca dello scolice è resa assai più facile.

G. ALESSANDRINI.

(1100) *Le cure ingrassanti.* — **Al dott. Diego Todaro da Gioiosa Marea.**

Si ripara alla magrezza eccessiva dei vari individui con mezzi i più differenti, poichè tale stato è la conseguenza di cause le più svariate, da un processo morboso manifesto o latente ad uno stato costituzionale, che rasenta il fisiologico.

Mentre la conoscenza della causa indica nettamente la via da seguire là dove la magrezza trova la sua ragione in uno stato morboso, le cure dietetiche abbondanti di materiale di consumo e di accumulo, la regolazione dei consumi e delle attività individuali valgono più di qualsiasi medicamento per ottenere lo scopo. L'arsenico, i cacodilati sono utili ausili medicamentosi.

t. p.

(1101) *Nelle flebiti.* — All'abb. n. 3564.

Il riposo e la buona posizione dell'arto sono i precetti fondamentali della terapia delle flebiti nel periodo infiammatorio e febbrile.

Il massaggio, i movimenti prudenti attivi e passivi aiutano il riassorbimento dell'edema e facilitano la circolazione di compenso, gli impacchi caldi secchi od umidi migliorano la nutrizione dell'arto e giovano notevolmente contro i dolori residui. *t. p.*

(1102). *Trattati di sifilografia.* Agli abb. n. 10172 e 9122:

Un buon trattato, per quanto non modernissimo, è quello del Balzer – Maladies vénériennes – Biblioteca Brouardel e Gilbert – Baillière et fils éd. Paris. – Così pure un ottimo manuale pratico di terapia delle malattie cutanee e veneree è stato pubblicato recentemente dal Piccardi (collezione Lattes).

Per il manuale del Gougerot « Le traitement de la Syphilis en clientèle » qualunque buona libreria potrà dare le indicazioni desiderate. V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Prof. A. PELLEGRINI. *Amputazioni Cineplastiche*, con 249 incisioni. Vol. di pag. 184. Unione Tip. Edit. Torinese. L. 9.

La monografia, che il dott. prof. Augusto Pellegrini, chirurgo dell'ospedale di Chiari, presenta al pubblico chirurgico, nella bella veste tipografica, del resto consueta alla produzione della Unione Editrice Torinese, offre un interesse notevolissimo da più punti di vista.

Essa svolge un argomento di grande attualità, che dalla pratica operatoria di guerra ha avuto un impulso non piccolo: È un omaggio doveroso ad un metodo chirurgico veramente geniale e sicuramente italiano: L'A. poi, che ha avuto modo di fare del metodo molte applicazioni pratiche, porta un contributo importante alla soluzione di molti problemi tecnici finora insoluti.

La geniale teoria del Vanghetti era fino a poco tempo fa ammirata da molti, discussa da pochi, applicata da pochissimi. Le ragioni di tale scarsezza di applicazioni, ad onta delle poche obbiezioni teoriche e del largo plauso, sono evidentemente molteplici, ma le principali erano ed in parte ancora sono queste: Difficoltà di trovare amputandi in condizioni sociali e con mentalità adatta all'educazione necessaria per ottenere e mantenere il massimo rendimento del motore chirurgicamente creato nel moncone; Renitenza per parte degli amputati a sottoporsi ad operazioni successive e relativamente rara possibilità di amputazioni cinematiche primitive; Deficienza di illustrazione dei particolari di medicina operatoria cineplastica e quindi difficoltà di valutazione e di scelta tra i numerosi processi proposti dal Vanghetti e da altri senza documentazione anatomica e clinica; Difficoltà, nelle comuni condizioni di pratica chirurgica, della continuata necessaria cooperazione fra operatore e fabbricante di apparecchi di protesi cinematica.

Io, ad es., che pure ho eseguito durante la guerra qualche amputazione cinematica, non ho potuto conoscerne i risultati definitivi, perchè i soldati furono dovuti inviare ai centri speciali o trasferire in ospedali dei loro distretti e non ho potuto fare eseguire apparecchi sotto la mia guida e la mia osservazione.

Ora il libro del Pellegrini dimostra come molti di tali ostacoli possano essere superati: ma specialmente illustra in modo chiaro ed efficace lo stato attuale del tecnicismo operatorio più conveniente per le più comuni amputazioni: Esso varrà indubbiamente a volgarizzare tra i chirurghi italiani un metodo, indubbiamente destinato a brillante avvenire, che mira ad uno scopo, così largamente perseguito in tutti i campi della moderna chirurgia, e cioè quello della conservazione e del recupero funzionale.

Siena, aprile 1919.

Prof. DOMENICO TADDEI.

MINISTERO DELLA GUERRA. *L'invalidità di guerra.* Disposizioni legislative: regolamentari e ministeriali. Un vol. in-8° di pag. 162 con tavole. Stab. poligrafico per l'Amministrazione della Guerra. Roma. — Prezzo L. 1.80.

Uno dei problemi più dolorosi, lasciati dalla guerra, è indubbiamente quello degli invalidi, di questi valorosi giovani, che, nella loro minorata capacità fisica, sono viventi prove della ineluttabile barbarie della guerra. Questo problema che, per la sua vasta complessità (in Italia gli invalidi sono circa 220 mila) non è paragonabile alle condizioni delle guerre precedenti, si presentava affatto nuovo, anche perchè lo Stato si è giustamente preoccupato del loro avvenire, provvedendo a che essi potessero dare il massimo rendimento a sè stessi ed alla società. La prima traccia di questa elevata missione dello Stato è segnata dal decreto Luogotenenziale del 10 agosto 1916, che, pur fissando la misura dell'intervento dello Stato, non stabiliva alcuna norma precisa per l'applicazione.

Spettava alla Direzione generale di sanità militare il compito malagevole ed irto di difficoltà di dare un'attuazione pratica, disciplinando il servizio in modo da renderlo uniforme, spedito ed efficace. E questo volumetto, in cui sono raccolte le diverse disposizioni emanate in materia e chiaramente riassunte e commendate in una compendiosa prefazione, dimostra la sagace attività dei dirigenti di tale organizzazione, che hanno coordinato in un tutto organico i diversi servizî e le svariate specialità. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulla minacciata soppressione della Direzione generale di Sanità militare.

La minacciata soppressione della Direzione generale di Sanità militare ha prodotto una certa agitazione fra i medici. Lettere in vario senso ci giungono in proposito, ma il contenuto di esse è concorde in punto: quello della difesa della dignità e della funzione stessa sanitaria che viene grossolanamente manomessa da una disposizione che toglie ai medici qualsiasi ingerenza nell'ordinamento dei servizi, dei quali hanno tutta la responsabilità più diretta.

Non vorremmo essere fraintesi: noi non intendiamo qui farci paladini degli uomini che attualmente presiedono alla Direzione della Sanità militare; può darsi che nell'organizzare e far funzionare i complessi servizi da Lei dipendenti non tutti i suoi organi abbiano sempre egualmente ben corrisposto, può darsi che qualcuno di essi abbia talora prestato il fianco alla critica, ma non si deve per questo generalizzare contro tutto l'Ente, abolendo un congegno che, se è stato creato nell'occasione della guerra, risponde ad una necessità permanente, quella dell'unicità direttiva dei servizi sanitari dell'Esercito, necessità indiscutibile qualunque sia per essere il sistema con cui il Paese dovrà provvedere in futuro alla propria difesa.

Ma, si obietta, vi è già un organo centrale sanitario militare che può prendere le funzioni direttive: questo è l'Ispettorato di Sanità militare, e la facile prosa della circolare ministeriale, riprodotta nel nostro numero dell'8 giugno, attribuisce infatti all'Ispettorato di Sanità militare le funzioni direttive dell'attuale direttore generale di Sanità militare.

Quali saranno queste funzioni direttive, noi non possiamo immaginare, o meglio immaginiamo troppo bene quando si consideri:

1º che le destinazioni ed i movimenti degli ufficiali medici gli sono sottratti, perchè passati alla dipendenza di un Direttore generale, Ufficiale combattente, quello stesso cioè che muove con criterî uniformi e ben diversi da quelli che s'impongono per dei professionisti, tutti gli ufficiali di fanteria, cavalleria, artiglieria, ecc.;

2º che le provviste del materiale sanitario dei medicinali e degli strumenti stessi più tecnicamente professionali, gli sono sottratte, perchè passate nella giurisdizione del Direttore generale dei servizi logistici ed amministrativi, di quel funzionario cioè che presiede alle forniture dei materiali più comuni che servono all'Esercito (vestiari, stoviglie, panche, brande, viveri, foraggi, ecc.);

3º che per gli stessi servizî tecnici sanitari, il povero Ispettore capo non potrà dare alcuna disposizione direttiva, ma dovrà limitarsi ad emettere dei... *competenti pareri*, che poi la Divisione S. M. del Ministero della Guerra vaglierà e... se lo crederà, farà oggetto, in secondo tempo, di disposizioni, di circolari, di ordini che subiranno in questi passaggi ogni sorta di deformazioni e di ritardi.

Non è in questa maniera, subordinando sempre la competenza all'incompetenza, e sprezzando ogni unità di indirizzo che si rendono più semplici, più rapidi e più organicamente collegati i servizi.

Occorre infatti mettere bene in chiaro che sopprimere la Direzione generale di Sanità militare, significa in altri termini sottrarre al medico la facoltà di poter dare alle autorità militari periferiche ordini in nome del ministro, poichè l'Ispettorato di Sanità militare non ha tale prerogativa. La facoltà suddetta invece tutti gli altri capi dei corpi tecnici e non tecnici dell'Esercito, hanno pienamente. Esiste infatti presso il Ministero della Guerra una Direzione generale del Genio, una di artiglieria, ecc., ed i rispettivi direttori generali, quando intendono dare una disposizione esecutiva, possono farlo, perchè muniti appunto di quella firma e di quella sigla del ministro, che ora si vorrebbe togliere alla Sanità, quasi che questa non abbia pari nobiltà di attribuzioni e pari necessità di pronte e rapide esecuzioni da parte degli organi periferici.

Il medico non deve poter dare ordini, questo è in fondo l'umiliante assioma che risulta dalle disposizioni progettate, ed è ben giusto insorgere contro tale antiquato concetto, che può essere nato nella mentalità militare, sempre un po' feudale nella sua intima natura, ma che non deve e non può essere sopportato da noi.

Il *Policlinico* ha già sostenuto una campagna contro lo stato di asservimento in cui, nella zona di guerra, i servizi sanitarî erano tenuti dai non tecnici comandi delle intendenze, ed è ben logico e coerente a sè stesso, se ora insorge contro quest'altra forma di depressione della dignità e della funzione sanitaria che tenderebbe a togliere alla Sanità militare un capo coordinatore e responsabile dei servizi, ed a frazionarne le attribuzioni in numerosi uffici e direzioni diverse tutte più o meno incompetenti.

Se la Direzione generale di Sanità militare appare un organismo troppo complesso e vasto, ora che vanno diminuendo alcune (non tutte però) delle necessità sanitarie di guerra, la si riduca, la si alleggerisca, la si fonda, se occorre, con l'Ispetto-

rato di Sanità militare che finora ha esercitato solo funzioni medico-legali e consultive. Noi non facciamo questioni di nomi, ma, si chiami direttore generale di Sanità, od ispettore generale, non sia tolta al capo della Sanità militare la firma e la sigla del ministro e la facoltà di impartire quelle disposizioni esecutive sul personale, sul materiale e sui servizi che debbono essere alla sua esclusiva dipendenza, e dei quali egli ha diritto e dovere di sentirsi pienamente responsabile.

A proposito dell'abolizione della condotta piena.

Riceviamo:

Mi sia permesso di specificare con precisione ciò che il collega Palma Di Pascarella accenna sotto la dicitura generica di « legge che obbliga i comuni a mantenere la condotta pei soli poveri » nel suo articolo inserito nel *Policlinico* del 15 corr., dato il fatto che molti medici condotti ignorano esistere da un pezzo una disposizione di legge — mai applicata per colpevole tolleranza da parte di chi avrebbe il dovere di tutela di tutte le leggi che regolano il funzionamento dell'organismo municipale e che da un pezzo avrebbe potuto far scomparire l'iniquità della condotta piena.

Parlo della legge comunale e provinciale, la quale vieta ai comuni che sorpassano il limite legale della sovrimposta certe spese facoltative e fra queste quella relativa alla cura gratuita degli abbienti.

Di testi unici di cotesta legge ce ne sono parecchi e in tutti la disposizione di cui sopra è non solo mantenuta, ma sempre meglio delineata, finchè nel testo unico del 4 febbraio 1915, n. 148, si arriva a stabilire chiaramente quanto appresso:

« Art. 313. — Le provincie e i comuni che eccedono il limite legale della sovraimposta possono essere autorizzati a *mantenere* od iscrivere nei loro bilanci spese facoltative con lo stesso procedimento con cui si autorizza la eccedenza, *sempre quando tali spese* risultino di evidente necessità per l'igiene, l'istruzione, la beneficenza, l'agricoltura, il tiro a segno, la conservazione o la nuova istituzione di cattedre ambulanti di agricoltura ».

La cura per la generalità degli abitanti è esclusa, eppure non avvi Giunta provinciale amministrativa che non ne approvi la spesa, come non c'è — credo — comune in Italia che non oltrepassi da un bel numero d'anni e di bilanci il limite legale della sovraimposta.

Finchè adunque non verrà abolito l'istituto di condotta — cosa di cui dubito forte — il governo che ha promesso tutto il suo appoggio alla classe nostra, ha facile e piana la via per far sì che sia coronato il nostro voto di tanti anni, con la riduzione del servizio comunale ai soli poveri.

Una circolare ai prefetti, rammentante l'obbligo di far osservare strettamente la legge comunale e provinciale specialmente in questi momenti di straordinarie difficoltà finanziarie pei comuni, e nel 1920 la condotta piena sarebbe abolita dappertutto e il voto di tanti anni della classe nostra sarebbe esaudito, ponendo fine a tutte le agitazioni.

Farà ciò il governo?

È ciò che vedremo.

Dott. R. CERANNI.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici della provincia di Firenze.

In un importante Convegno regionale — che i medici della Toscana tennero in Firenze il 4 corrente sotto la presidenza del prof. E. Burci — dopo ampia ed esauriente discussione sul progetto di legge per l' « Assicurazione obbligatoria contro le malattie », udita la lucida e magistrale relazione esposta sul progetto stesso dal signor commendatore ing. Toja, quale facente parte della Commissione governativa, incaricata dello studio di detto progetto, fu approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno proposto dai dottori Fatichi e Prosperi:

« I rappresentanti degli Ordini dei Medici della Toscana e i Medici della Regione — convocati dall'Ordine di Firenze il 4 giugno 1919 — mentre *rivendicano* alla classe loro la priorità nel propugnare la legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, ritenuta necessaria per la migliore assistenza ai non abbienti, per sollevare bilanci comunali oberati dalle spese di spedalità, e per meglio regolare l'assistenza ospitaliera ed intensificare quella sanatoriale;

« *impressionati* dalle lotte che le organizzazioni mediche dovettero sostenere nelle varie Nazioni, dove la legge vige da anni, allo scopo di opporsi allo sfruttamento dell'opera dei Medici, retribuiti con tariffe imposte dalla legge e inadeguate;

« *preoccupati da* precedenti (numerosi in Italia), in forza dei quali l'opera del medico è compensata in modo irrisorio — come per le perizie giudiziarie — e più ancora dalle disposizioni della recente legge sugli infortuni agricoli, che impone al medico oneri gravissimi e perfino multe contro retribuzioni nel maggior numero di casi *nulle* e nel rimanente dei casi irrisorie, tantochè il Congresso della Federazione degli Ordini in Roma protestò energicamente;

« *reclamano*, per evitare un insuccesso della legge, che in essa sia assicurata una base finanziaria rispondente alle finalità che la legge stessa si propone, cioè sussidi di malattia, assistenza medica e farmaceutica, cura ospitaliera e sanato-

riale preventivata in rapporto all'attuale costo, *base finanziaria* costituita da vari contributi valutati sull'odierno mercato monetario e anche sui guadagni degli assicurati, oggi molto aumentati;

« *domandano* che nella legge e nel regolamento sia garantita ai medici una retribuzione equa e che per quanto riguarda le disposizioni relative alle varie categorie dei medici, siano accolte le proposte che saranno inviate dagli Ordini e dalle Associazioni mediche ai rappresentanti delle organizzazioni di classe in seno alla Commissione governativa e al Consiglio federale degli Ordini medici del Regno;

« *dichiarano* inoltre, in accordo all'ultimo Congresso della Federazione, che — ove la funzione dei medici (dalla cui opera onesta e saggia dipende in gran parte il successo della legge) non ricevesse retribuzione decorosa e proporzionale agli odierni compensi di prestazione d'opera — si opporranno con ogni mezzo all'ingiusta imposizione;

« *fanno voti* infine acciocchè la Commissione governativa per il progetto di legge aderisca ai presenti postulati e

« *invitano* gli Ordini Medici d'Italia a votare analoghi ordini del giorno dando mandato al Consiglio Federale e ai rappresentanti medici presso la Commissione governativa di curarne l'accoglimento nella legge ».

I Medici del Veneto.

Il 10 maggio ha avuto luogo a Padova una rionione di tutte le Sezioni della Federazione veneta dell'A. N. M. C. e degli Ordini veneti, per una definitiva intesa, dopocchè erano state sentite, dai vari Consigli direttivi delle Sezioni e degli Ordini, le rispettive assemblee di soci sui miglioramenti da chiedersi.

Presiedeva l'assemblea il dott. Arturo Secchieri, il quale riassunse brevemente il lavoro e le proposte delle singole Sezioni.

Dopo ampia discussione, fu deliberato, ad unanimità, di chiedere:

a) stipendio minimo lire 6000 (indipendentemente dagli aumenti sessennali maturati) fino a 1000 poveri; per ogni povero in più lire 2; più una diaria di lire 15 in più pei medici dei paesi completamente devastati, e di lire 10 per quelli dei paesi già invasi e sgombrati per ragioni di guerra;

b) lire 1800 per mezzo di trasporto;

c) lire 400 per ufficiale sanitario fino a 3000 abitanti e 100 in più per ogni mille abitanti o frazione di mille.

Si è stabilito di iniziare subito, per ottenere delle migliorie, una azione contemporanea presso il Governo, le Prefetture ed i Comuni, lasciando poi libere le Sezioni di valersi di quegli altri mezzi, che credessero più atti a raggiungere lo scopo, comprese le dimissioni collettive.

Per il finanziamento della Federazione si è stabilito di pagare una lira per ogni socio di ciascuna Sezione.

Fu pure decisa la fusione del *Bollettino della Camera sanitaria e dell'Ordine dei medici di Venezia*, del *Bollettino degli Ordini del Veneto*, e del *Fracastoro* di Verona in un unico periodico che sarà il *Bollettino dei sanitari delle Tre Venezie*, organo degli Ordini e delle Sezioni dell'A. N. M. C. di tutta le regione, comprese tutte le provincie redente.

Il primo numero uscirà nel prossimo luglio.

Sarà questo un periodico federale a contenuto professionale e igienico-sociale.

Furono nominati membri di redazione i presidenti degli Ordini e delle Sezioni venete, compresi quelli di Trento e Trieste; di direzione il prof. Zambelli, il dott. Gaiardoni di Verona ed il dott. Secchieri di Lendinara; di amministrazione il dott. Majolo di Vicenza ed il dott. Dian di Venezia.

Furono infine votati due ordini del giorno del dott. Zambler, uno sulla *legge degli infortuni agricoli*, ed uno sulla *rappresentanza di classe nei Consigli sanitari provinciali.*

Riunione dei Medici Condotti della Campania.

Il 2 corr. si è tenuta a Caserta una riunione della Sezione Campana dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti. Numerosissimi furono gli intervenuti; era presente anche l'on. Mazzarella.

Fu approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno del dott. Campoli, delegato della Sezione di Sora:

«Il Congresso dei Medici Condotti della Provincia di Caserta: constatato ancora una volta l'umiliante condizione che è fatta alla classe, e che è ancora più grave in Terra di Lavoro; a tutela dei propri diritti,

Delibera:

aderire al Sindacato della Classe Sanitaria votato al Congresso della Presidenza delle Sezioni dell'A. N. M. C. tenutosi a Roma il 21 maggio u. s. e di far sue le deliberazioni contenute nell'ordine del giorno da quel congresso approvato;

«In quanto ai miglioramenti economici stabilisce il minimo di stipendio per Condotte residenziali di L. 6600 più L. 1500 per indennità di cavalcatura, se necessaria.

Affida infine ad una commissione di cinque membri, rappresentanti dei diversi circondari della Provincia, l'incarico di ottenere da tutti i Medici Condotti della provincia stessa l'iscrizione nelle

singole Sezioni: di raccogliere tutti gli elementi per la compilazione di un unico capitolato di condotta che sarà a cura delle Presidenze delle Sezioni inviato alle singole Amministrazioni da cui il medico dipende, con le modalità che la Commissione crederà del caso, sempre dopo che il medico abbia fatta la sua iscrizione alla Sezione dell'A. N. M. C. da cui territorialmente dipende, ed abbia, alla Presidenza di essa, inviato le proprie dimissioni dalla carica »

Le tariffe dei medici sindacati a Milano.

Si è costituito a Milano un « Sindacato fra i medici di Milano e Provincia » che ha lo scopo di tutelare gli interessi della classe e che ha sede in via S. Paolo, 10, presso l'Associazione Sanitaria Milanese. Il Sindacato comunica di avere con la sanzione dell'Ordine dei medici così fissato le nuove tariffe minime per le prestazioni mediche:

« Visita unica L. 20; di cura L. 10; d'urgenza diurna L. 15 e notturna (dalle 22 alle 7) L. 30. Attestati medici, secondo l'importanza, oltre la visita L. 5 e L. 10. Presenza del medico curante nei consulti, quando richiesta dai malati o dai parenti, L. 50.

« I consigli medici richiesti per telefono sono considerati come visita; le visite per malattie contagiose diffusibili vengono calcolate il doppio delle visite comuni.

« Per visite di specialità ed interventi chirurgici, come per visite dei medici dei centri rurali, verranno pubblicate le tariffe che saranno concordate con le singole categorie di classe ».

I medici ospitalieri di Napoli.

Ha avuto luogo a Napoli una riunione di Medici Ospitalieri per trattare dei miglioramenti economici. Al convegno parteciparono anche i direttori degli Ospedali.

L'assemblea discusse ampiamente in merito a tutte le questioni prospettate dalla classe e subito si delinearono diverse correnti: per intensificare cioè l'agitazione, o mettersi di accordo con le amministrazioni ospedaliere, o ricorrere a mezzi estremi.

Prevalse il concetto di nominare una commissione che, dopo di avere spiegato i desiderata della classe ai governi dei pii Istituti, inizî serie trattarive, perchè i desiderata stessi vengano presi in considerazione ed accettati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7846) *Soppressione di condotta medica.* — Dottor abbonato 3802. Per potere il Comune procedere al di Lei licenziamento occorre innanzi tutto che la soppressione di una delle due condotte sia deliberata dal Consiglio comunale e che la relativa deliberazione sia approvata dalla G. P. A. udito il Consiglio provinciale di Sanità. Contro la relativa deliberazione Ella può ricorrere alla G. P. A., perchè tenga presente nella decisione da adottare, oltre che l'interesse del pubblico servizio, anche quello speciale di Lei, che verrebbe ad esserne seriamente danneggiato. Naturalmente l'atto del Consiglio comunale con cui fosse deliberata la soppressione della condotta dovrà essere a Lei notificato, come preavviso del licenziamento.

A riguardo della Cassa di previdenza qualora fosse licenziato per soppressione di posto e non riprendesse più oltre servizio di condotta, potrebbe chiedere e liquidare, sempre quando non avesse compiuti i 24 anni e 6 mesi di servizio prescritti, l'indennità di cui è cenno nell'articolo 18 del Testo unico delle leggi sulle pensioni.

(7848). *Passaggio di medico condotto dal suburbio alla città.* — Dott. abbonato 4787. – Se il regolamento locale permette che in caso di vacanza di un posto di condotta esso sia messo a concorso solamente fra i condottati in carica, ben si può permettere che la sostituzione abbia luogo in tal modo, avendo già ognuno dei concorrenti adempito precedentemente, per ottenere il posto che occupa, allo esperimento del publico concorso. Stando alla disposizione suaccennata, che. trattandosi di nomine e di concorsi, deve essere rispettivamente interpetrata, non possono a detto concorso prendere parte gli assistenti effettivi del civico ospedale, non ostante che il servizio ospedaliero sia stato altre volte dalla amministrazione comunale considerato come servizio fatto in condotta.

(7849). *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. d'A. da R. M. – In base al D. L. del 9 marzo ultimo n. 338 a Lei compete la indennità caro-viveri, avendo Ella occupato un posto di condotta, previsto nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare, perchè dimissionario.

(7850). *Abbandono del servizio. - Stabilità.* — Dott. G. B. da O. – Avendo Ella abbandonato il servizio per non averlo ripreso dopo l'intimazione avuta a mezzo di usciere giudiziario, si deve ritenere dimissionario e, quindi, carente di ogni eventuale diritto precedentemente acquisito, fra cui quello della stabilità. Ad ogni modo non riterremmo inopportuno che ella chiedesse al sindaco notizie di quanto ha operato al riguardo di Lei il Comune dopo la notifica rimasta infruttuosa. Dalla risposta potrà regolare la sua futura azione.

(7852) *Compenso per certificati – Elenco dei poveri - Assicurazioni dello Stato.* — Dott. C. G. da C. I detenuti di transito sono considerati come po-

veri. I certificati che per essi richiede l'Arma dei RR. CC. vanno rilasciati gratuitamente. In caso di rifiuto si andrebbe incontro alla contravvenzione prevista e punita dallo art. 434 del Codice Penale. Qualora l'elenco dei poveri sia molto esteso da obbligare il medico condotto a sostenere un lavoro inadeguato al compenso che riceve, si può richiedere, in caso di infruttuose preliminari pratiche col Consiglio comunale, un aumento di ufficio alla G. P. A. ai sensi dello art. 26 della legge sanitaria. Crederemmo che per ottenere quanto desidera debba far pervenire analoga istanza alla Direzione generale delle Assicurazioni di Stato residente in Roma.

(7854) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. G. M. da M. - Se il medico condotto esercita anche la professione libera, è per questa parte ed in relazione al provento che ne ricava, soggetto alla tassa di esercizii e rivendite.

(7855) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. L. M. da P. Alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, non avea Ella diritto perchè percepiva oltre le annue lire 4500 di stipendio, limite fissato dal detto Decreto per la concessione. Ben però ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal recente Decreto 9 marzo ultimo, n. 338, perchè questa prescinde dallo ammontare massimo dello stipendio. In base a tale decreto Ella dovrà avere mensilmente lire 100 in più dello stipendio e giornalmente centesimi 85 per il quarto figlio, minorenne, convivente ed a carico. Non le compete la diaria di centesimi 85 per il babbo perchè questi non è convivente ed è solamente a parziale carico di Lei. Le competerebbe l'aumento decretato nel febbraio 1918 se il Municipio lo avesse deliberato, determinandone la misura e la decorrenza e la relativa deliberazione avesse riportata l'approvazione dell'autorità tutoria.

Per ottenere l'indennità caro-viveri che le compete faccia in primo luogo domanda, come di regola, al Consiglio Comunale ed, in caso di infruttuoso risultato, ricorra alla G. P. A.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 1022:

Ella può provare a far domanda al Ministero, ma ritengo difficile che il suo punto di vista venga accolto.

L'arresto della sua promozione è stato dovuto al conseguito esonero, poichè durante un periodo di indisponibilità non si fa luogo a promozione.

All'abb. n. 9826:

Per essere nominati aspiranti gli studenti di 4° anno debbono aver dato l'esame di anatomia umana, fisiologia, patologia generale, P. speciale medica e P. speciale chirurgica.

All'abb. n. 8928:

L'aspettativa per riduzione di quadro può esser fatta a domanda, dura due anni al massimo e dà diritto a tre quinti dello stipendio.

Tale aspettativa non fa perdere i diritti di anzianità.

Al dott. U. R. da C.:

Per ora ha soltanto diritto ad essere iscritto nel quadro di avanzamento.

Per le promozioni effettive degli ufficiali della Sua anzianità non esiste infatti ancora alcun ordine esecutivo.

All'abb. n. 1340:

Con recente disposizione Ministeriale è stata estesa l'indennità di congedamento anche ai medici assimilati.

Ella quindi a mio parere ha diritto all'indennità di congedamento pel servizio prestato.

All'abb. n. 10346:

Ella è compresa nel quadro di avanzamento, ma non può essere promosso fino a che il Ministro non abbia ordinate le promozioni.

All'abb. n. 3763:

Con circolare successiva (276 G. M., 1919) le disposizioni della circolare n. 190 sono state estese agli ufficiali in congedo.

Al dott. G. B., Zona di guerra:

Il bollettino n. 52 del 1917 nomina i tenenti medici effettivi con anzianità 5 marzo 1917.

Il Giornale Militare n. 22 del 3 aprile, corrente anno, porta con la Circolare n. 190 i limiti di anzianità per l'iscrizione nei quadri di avanzamento dei suddetti ufficiali.

M. G.

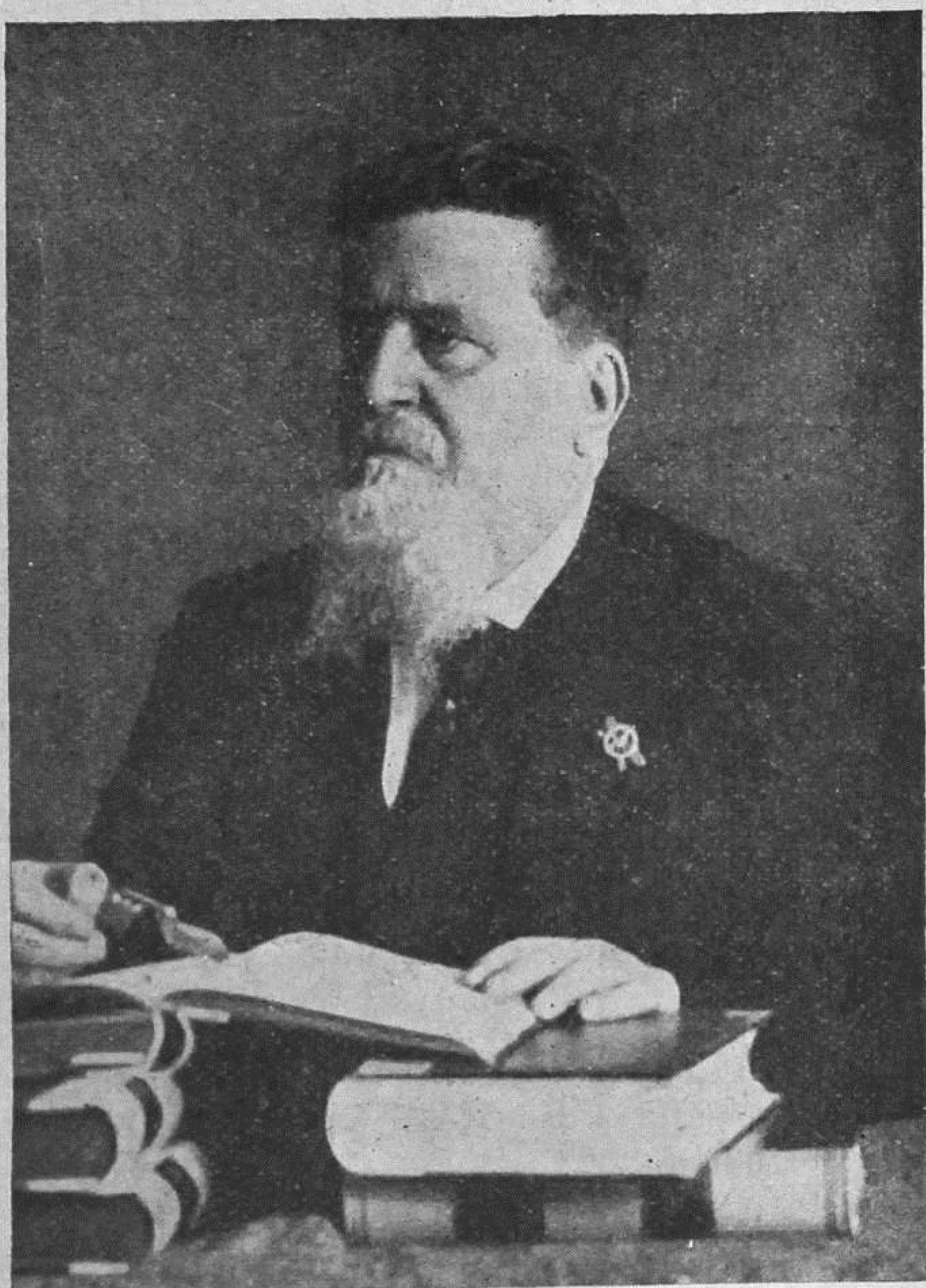
CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Al conte Giuseppe Visconte di Modrone e al comm. Giuseppe Brambilla, rispettivamente fondatore e direttore dell'Istituzione Giuseppe Visconti di Modrone, è stata concessa la medaglia di benemerenza per avere « efficacemente e patriotticamente cooperato a mantenere alto l'animo, elevato lo spirito, salda la coscienza, durante la guerra di redenzione ».

Ci compiaciamo di queste ricompense assegnate ai due benemeriti.

LUIGI LUCIANI



La morte di Luigi Luciani, avvenuta alle ore 15.20 del 23 giugno 1919 dopo lunga penosa malattia del sistema urinario, sopportata con filosofica rassegnazione, segna uno dei lutti più gravi della famiglia medica e della scienza italiana, che con Lui perde il suo più grande fisiologo contemporaneo, come la Fisiologia perde uno dei suoi più grandi cultori di ogni tempo e di ogni paese.

Nato il 23 novembre 1840 in Ascoli-Piceno, studiò a Napoli e Bologna, dove si laureò nel '68, fu assistente dell'oculista Magni, e poi del fisiologo Vella. Dal '72 al '74 fu nel laboratorio del Ludwig (Lipsia), di cui conservò perenne il grato ricordo, come del suo vero primo maestro. Dal '75 all'80 insegnò patologia generale nell' Università di Parma; dall'80 all'82 fu professore di fisiologia a Siena; dall'82 al '93 a Firenze; dal '93 al 1917 a Roma.

Dal 1895 Socio Nazionale della R. Accademia dei Lincei, che nel 1891 gli aveva conferito il Premio Reale per la sua Fisiologia sul Cervelletto; per due quinquenni fu eletto al Consiglio Superiore della Istruzione; dal 1905 Senatore del Regno; dal 1902 Socio Nazionale della Società Italiana delle Scienze, detta dei XL; per due anni (1898 e 1899) Rettore della R. Università di Roma. Moltissime accademie nazionali e straniere ambirono averlo socio: tra le prime, la R. Accademia medica di Roma, le RR. Accademie di Torino e di Napoli, dei Georgofili di Firenze, il R. Istituto veneto di scienze, lettere ed arti; tra le seconde, l'Accademia Leopoldino-Carolina, la R. Accademia medica del Belgio, la Società nevrologica di Londra, la Società di medicina di Vienna, l'Accademia di scienze di Gottinga, di Amsterdam, e, su tutte, la massima Società Reale Inglese. Forse per nessun scienziato questo universale plauso e riconoscimento si può dire sia stata unica e diretta conseguenza del merito, come per Luigi Luciani, che per la natura intima del suo spirito sempre aborrì da ogni pomposa dimostrazione di sè, adulazione e servilismo. Fiero assertore di ogni puro ideale di giustizia come di verità scientifica, fu sempre il caldo difensore del merito e del vero, anche quando doveva necessariamente colpire gli inetti e i vacillanti.

L'opera Sua si è svolta quasi esclusivamente nel vasto campo delle scienze biologiche e mediche, in cui lascia orme indelebili come scienziato e come maestro.

La poderosa mentalità filosofica e il vivo fuoco di entusiasmo lo spinsero, nella intricata selva dei problemi biologici, sempre a scegliere e tentare con successo i problemi massimi. La instancabile attività, l'acuta osservazione e la conoscenza perfetta dei metodi e della vivisezione fruttarono alla loro soluzione tale un'impronta originale e persuasiva da formare dei fatti scoperti e delle dottrine su essi da Lui erette, altrettante pietre miliari. Nella fisiologia di ogni paese e di ogni tempo legò così il nome sopratutto a quattro degli argomenti più importanti e vitali: alla fisiologia del cuore (*diastole attiva* e *attività periodica*); della corteccia cerebrale (*centri motori* e *sensoriali, patogenesi corticale dell' epilessia*), del cervelletto (*azione tonica, stenica e statica*); del ricambio materiale (*fisiologia del digiuno*). Brillanti recentissime conferme della giustezza di queste dottrine sono le osservazioni del Krause sull'epilessia umana, del Benedikt sul digiuno e di Gordon Holmes sulle lesioni cerebellari consecutive a ferite d'arma da fuoco.

Non minori i suoi meriti di maestro. Dal suo laboratorio è uscita una schiera elettissima di scienziati che tengono oggi decorosamente nelle Università del regno cattedre di fisiologia, farmacologia, chimica fisiologica, di nevrologia, e che ne continuano l'opera perpetuandone la tradizione feconda.

I meriti di Lui come insegnante vanno molto al di là di quelli di un maestro dotato, come Egli era, di parola faconda, calda, affascinatrice, sgorgante e avvalorata dalla maestosa e veneranda figura, ben nota a quanti medici e biologi, nelle Università ove insegnò, ebbero la fortuna di udirlo parlare dalla cattedra. Questi meriti sono effettivamente moltiplicati se si pensa alla falange di studiosi, italiani e stranieri, che attinsero, attingono e attingeranno a quella miniera di nozioni fisiologiche, ordinate dalla vasta mente organizzatrice e dal profondo acume critico a formare un granitico edificio unitario di dottrine, nel suo Trattato di Fisiologia Umana, di cui sta uscendo la quinta edizione, e che — quasi unica eccezione a tutti i libri di scienziati italiani — è stato tradotto in tedesco, spagnolo e inglese.

Spirito filosofico e artistico insieme il Luciani — come egli stesso amava confessarsi — cercò e trovò le sue gioie più vive ed elevate esclusivamente nel campo ideale e altissimo della scienza, astraendosi dalle miserie della vita comune. Nell'indagine come nell'insegnamento della fisiologia fu sempre guidato dal concetto (da lui ripetutamente espresso) *della unità della scienza medica in generale, e della inseparabilità della fisiologia dalla patologia in ispecie*, mirando ad addestrare i medici a pensare *fisiologicamente*. S. BAGLIONI.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'assistenza materna ed infantile.

Per iniziativa della Federazione romana del Consiglio delle Donne, si è adunata una larga rappresentanza di opere per l'assistenza alla maternità e prima infanzia, di ostetrici, di pediatri e di signore, allo scopo di collegare in un fascio armonico e compatto tutte le istituzioni per la assistenza materna ed infantile. Inoltre la nuova istituzione — che si dirà *Alleanza Nazionale* — si prefigge questi scopi: di fare un accurato studio di indagini analitiche sulle deficienze delle opere stesse, per colmarle con opportuni provvedimenti ed iniziative; d'indurre gli uffici governativi a ritenere l'*Alleanza nazionale* e le singole sue *Sezioni* come i migliori e più idonei organi atti ad amministrare ed erogare i mezzi finanziari che lo Stato voterà in favore della maternità e dell'infanzia; di promuovere in tutta Italia una forma popolare di propaganda, atta a diffondere la conoscenza di precetti igienico-sanitari di assistenza e pronto soccorso alla gestante e al neonato nel primo suo anno di vita.

Il Comitato promotore di cui fan parte, per gli ostetrici, Pestalozza, Micheli, Artom, per i pediatri, Flamini, Modigliani, Randegger, si propone di assolvere quanto prima al proprio mandato, deferendo poi il compito al Comitato direttivo della istituenda Sezione romana.

Il Sanatorio Cesare Battisti.

I lavori del magnifico sanatorio « Cesare Battisti » per militari tubercolosi reduci dalle trincee è quasi completamente ultimato.

Il sanatorio sorge nelle immediate vicinanze di Roma, sul declivio che da Monteverde degrada verso la vallata del Tevere, nella tenuta « Seminario Pio » detta anche « Villa Santucci », podere che si estende per circa 80,000 mq., in mezzo al quale trovavasi una grande villa che i lavori di adattamento vanno rapidamente trasformando.

Il santorio consiste in una palazzina centrale di tre piani. Dormitori spaziosi, grandi sale di ritrovo, stanze da bagno, ascensore, riscaldamento, tutto il *comfort* moderno vi è applicato con i più rigorosi criteri sanitari.

Due padiglioni d'isolamento sorgono da un lato della tenuta costrutti per conto del Ministero dell'interno a mezzo della Direzione generale di Sanità Pubblica.

I malati saranno indotti ad occuparsi di lavori agricoli nei limiti delle loro forze.

Un padiglione per le cure elettriche ed elioterapiche completerà questa notevole iniziativa sanitaria.

In questi giorni, ad invito del Comitato nazionale per gli invalidi della guerra, il Sanatorio è stato visitato dalla stampa cittadina. I numerosi convenuti vennero guidati dal sen. Marchiafava, dall'ing. Galassi e dal gen. med. Ferrero.

Parlarono il comm. Pellegrino Ascarelli, inneggiando al Comitato ed in particolare all'alacre spirito d'iniziativa del suo presidente on. Federzoni, l'on. Federzoni, che rilevò le benemerenze di tutto il Comitato, ed il barone Augusto Ferrero, che lumeggiò gli alti scopi della civile istituzione.

Beneficenza.

La signora Giulia Gentili, ad onorare la memoria del defunto marito Filippo Benfenati, industriale, ha donato all'Ospedale Maggiore di Bologna tutta la sua proprietà immobiliare attigua allo stesso ospedale e del valore di oltre 500.000 lire.

Il conte Carlo Raggio di Genova ha elargito 800.000 lire alla Casa degli Orfani dei marinai morti in guerra.

L'ing. Severino Quaglia, morto a Genova, ha legato 400.000 lire al nuovo ospedale di S. Martino d'Albaro e ha disposto inoltre che una terza parte del suo patrimonio dopo la morte della di lui vedova passi in proprietà degli Ospedali Civili di Genova.

Il conte Claudio Tolomei, morto a Castelnuovo Berardenga (Siena), ha lasciato 500.000 lire a cinque Istituti di beneficenza della città, tra cui l'Ospedale alla Scala e l'Arciconfraternita di Misericordia, e numerosi altri piccoli legati.

La Cassa di Risparmio di Milano e delle provincie Lombarde ha distribuito in beneficenza, durante il 1911, la complessiva somma di lire 8.422.166,72.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI Roma, 6 luglio 1919 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Attuali cognizioni sui Virus filtrabili

per il dott. G. SAMPIETRO, libero docente.

I. — *Scoperta dei primi virus filtrabili.*

Esistono esseri viventi che per le loro dimensioni sono ai limiti della visibilità, la quale è in dipendenza delle condizioni anatomiche della retina e di quelle ottiche degli istrumenti di ingrandimento.

L'imperfezione dei nostri mezzi non esclude evidentemente che vi siano microrganismi anche più piccoli di quelli che a mala pena riescono ad impressionare, al microscopio, l'organo visivo, alcuni dei quali, sebbene *invisibili* ed *ultramicroscopici,* possono esser messi in evidenza con la dimostrazione del loro potere di diffusione e della loro azione patogena.

Pasteur, nel 1881, formulò l'ipotesi che il virus rabbico fosse invisibile perchè tutti i fatti epidemiologici e sperimentali dimostravano nella rabbia la presenza di un virus vitale quantunque non si riuscisse a scoprirlo coi mezzi della microscopia e della batteriologia.

Ma la prima affermazione della reale esistenza di un parassita patogeno ultramicroscopico fu fatta da Sanarelli nel 1898, a proposito della infezione mixomatosa del coniglio.

Vi fu chi sospettò che l'assenza di elementi parassitari figurati fosse solo apparente ed in relazione ad inadeguati mezzi tecnici di dimostrazione, ma Moses, nel 1911, confermava l'esattezza delle vedute di Sanarelli provando che il virus mixomatoso, filtrato attraverso candele capaci di trattenere i più piccoli batteri, conservava il suo potere infettante.

I virus ultramicroscopici possono infatti venire dimostrati in questo modo, per cui essi vennero anche denominati virus filtrabili.

La dimostrazione della filtrabilità di alcuni virus, con il quale mezzo si ottengono i virus in coltura pura e quindi adatti alle ricerche speri-

mentali, risale al 1898 per opera di Beijerinck in una malattia delle foglie di tabacco e di Loeffler e Frosch nell'afta epizootica, i quali erano riusciti a dimostrare che il filtrato possedeva uguali proprietà infettanti del materiale virulento non sottoposto a filtrazione.

Da quell'epoca ad oggi sono stati scoperti molti altri virus consimili, circa una cinquantina, parecchi dei quali però sono da ritenersi più presunti che dimostrati non rispondendo in modo completo ai requisiti necessari perchè un virus possa essere ritenuto filtrabile.

II. — *Condizioni necessarie della filtrabilità.*

Perchè un virus possa essere considerato come filtrabile occorrono alcune condizioni essenziali, che erano state così stabilite:

negatività delle ricerche eziologiche in rapporto a parassiti figuranti;

potere infettante del filtrato ottenuto attraverso candele che non lasciano passare i più piccoli batteri conosciuti;

riproduzione della sindrome infettiva con il filtrato quale si ottiene con il materiale non filtrato;

riproduzione della malattia in serie a partire dalla prima infezione sperimentale ottenuta col filtrato per escludere che questa non sia dovuta ad azione di tossine:

sterilità batterica dei filtrati ed assenza in essi di elementi visibili al microscopio.

Vi sono alcuni virus filtrabili che rispondono a tutti questi requisiti e per essi le denominazioni di virus filtrabili e di virus ultramicroscopici si equivalgono.

Ma si dovette poi convenire che queste condizioni si presentavano talvolta troppo ristrette od artifiziose, in quanto la presenza di un virus filtrabile non esclude la concomitante dimostrazione di elementi parassitari *figurati*, sia nell'organismo, sia nel filtrato, o direttamente, o dopo arricchimento colturale.

Si giudicò quindi erroneo il criterio di raggruppare i virus filtrabili in una classe (afanozoi di Kruse), da porsi a lato dei protozoi e dei protofiti, in quanto alcune volte si doveva presumere che il virus filtrabile non rappresentasse che una fase del ciclo vitale di parassiti animali o vegetali.

III. — *Relatività del criterio di filtrabilità.*

L'indeterminatezza della definizione e della classificazione dei virus filtrabili si deve anche alla relatività del criterio di filtrabilità, questa essendo in relazione non solo alle dimensioni degli elementi parassitari ed alla porosità dei filtri, ma anche alle condizioni sperimentali.

Vi sono forme batteriche e protozoarie, visibili al microscopio, che possono attraversare i filtri, quali *Spirillum parvum*, *Monas mesnili* Borrel; alcune spirochete, alcuni cocchi; un virus filtrabile può quindi essere ultramicroscopico, ma non è detto che tutti i virus filtrabili siano anche ultramicroscopici.

Altre volte il filtrato è solo apparentemente privo di elementi figurati, i quali possono essere messi in evidenza con alcuni artifizi; ad esempio, nel filtrato della pleuro-polmonite dei bovini si vedono, osservando in campo oscuro, delle piccolissime granulazioni globose; nel filtrato della peste aviaria De Rossi ha trovato delle forme vibrionisimili nei preparati colorati col metodo da lui proposto per la dimostrazione delle ciglia batteriche.

In altri casi la presenza del virus si osserva nel filtrato solamente dopo un arricchimento colturale, che può manifestarsi con semplici cambiamenti macroscopici dei terreni, come nella pleuro-polmonite essudativa dei vitelli, nella peste aviaria, nel vaiuolo, ma anche con la comparsa di minutissimi elementi figurati, visibili microscopicamente in opportune condizioni (campo oscuro, colorazioni cromatiniche), quali sono i corpi globoidi di Flexner nelle colture di virus poliomielitico e gli elementi cocciformi messi in evidenza da Wilson nelle colture dei filtrati ottenuti nella polinevrite infettiva, nella febbre delle trincee, nelle nefriti emorragiche, nel morbillo, nel tifo esantematico, nell'influenza, nella parotite epidemica, nell'encefalite letargica, nella rabbia.

IV. — *Fasi filtrabili di parassiti microscopici.*

In altre infezioni il virus si osserva in forma definita nell'organismo malato, mentre il filtrato, pur essendo infettante, non presenta nessun elemento morfologico, onde è lecito supporre che il virus filtrabile rappresenti una fase invisibile nel ciclo vitale di alcuni agenti infettivi.

Alcuni protozoi o protofiti possono subire fasi di disgregazione, o fasi evolutive, trasformandosi in micelle ultramicroscopiche capaci di attraversare i filtri.

Recenti osservazioni confortano questo modo di vedere. Nella poliomielite, oltre il virus filtrabile, messo in evidenza da Flexner, le ricerche di Mathers e di Rosenow hanno dimostrato la costante presenza nel tessuto nervoso centrale di speciali streptococchi, i quali nell'organismo e nelle colture, sviluppate in condizioni di di-

minuita tensione di ossigeno, si trasformano in elementi minutissimi, quasi invisibili, capaci di attraversare i filtri.

Nel morbillo Tunnecliff ha descritto un cocco, il quale nelle prime colture di isolamento assume dimensioni così piccole da passare attraverso le Berkefeld N. Nella meningite cerebrospinale epidemica Horst ammette una fase filtrabile del virus meningococcico.

Più antica è l'asserzione di King e Baeslack che alcune spirochete, da essi riscontrate nella peste suina, divengono filtrabili subendo un processo di disgregazione granulare.

In certe infezioni, nelle quali la presenza di un virus filtrabile è completamente dimostrata, si riscontrano nelle cellule delle inclusioni, che secondo alcuni AA. sono di natura parassitaria, nel qual caso bisogna ammettere che il virus filtrabile sia una fase del ciclo vitale di parassiti appartenenti ai protozoi.

Oggi giorno però queste inclusioni vengono piuttosto interpretate come prodotti di reazione cellulare, formanti un rivestimento intorno al virus, rappresentato da minutissime granulazioni, che sarebbero gli elementi filtrabili (clamidozoi di von Prowazek).

V. — *Tentativi di classificazione dei virus filtrabili.*

Si comprende da quanto precede l'impossibilità non solo di definire la natura dei virus filtrabili, ma anche di tentarne una classificazione. Alcuni di essi sembrano di natura protozoaria, altri devono piuttosto venire ascritti ai protofiti, mentre parecchi di essi, essendo realmente ultramicroscopici, sfuggono ad ogni classificazione, quantunque fra questi ve ne sieno alcuni che probabilmente vanno assegnati ai protozoi trovandosi in infezioni trasmesse da insetti, i quali divengono infettanti solo dopo un periodo di incubazione, necessario per il compimento del ciclo evolutivo del parassita nell'ospite intermedio.

Si pensò di distinguere i virus filtrabili a seconda della loro grandezza calcolata sulla porosità delle candele che si lasciano attraversare da essi.

Le candele, in uso nei laboratori, hanno infatti diverse porosità; vi sono quelle Berkefeld, di terra di infusori, distinte in V, N e W (viel, normal, wenig), in ordine decrescente a seconda della porosità; quelle di porcellana, meno permeabili, e tra le quali le Chamberland F sono le più porose, mentre le Chamb. B lo sono meno e meno ancora le Kitasato. Ora vi sono virus filtrabili che attraversano solo le Berkefeld V o N, mentre altri passano anche attraverso le candele di porcellana, o solamente per Chamb. F, od anche per Chamb. B e persino per Kitasato.

Se non che la filtrabilità di un virus non dipende solo dalla porosità della candela e dalla grandezza dei germi, ma da altre condizioni sperimentali, quali la pressione sotto cui si filtra, il mezzo in cui si trova il virus (mezzi molto albuminosi ostacolano il passaggio del virus), la diluzione del materiale, la durata dell'operazione, la temperatura ambiente, i fenomeni di adsorbimento.

Queste diverse condizioni non possono essere similari per i diversi ricercatori donde le divergenze che impediscono di stabilire una classificazione sul criterio della qualità dei filtri permeabili ai vari virus.

Ad esempio il virus della peste equina passa solamente attraverso Berkefeld secondo Nocard, mentre Memmo lo ha ottenuto anche adoperando filtri Chamb. F e Mac Fadyean usando i meno porosi Chamb. B; il virus della peste bovina, secondo Nicolle e Adil Bey, Memmo, Martoglio e Adami passa le Berkefeld, ma, secondo Yersin, anche le Chamb. F; il virus della febbre da pappataci non sarebbe capace di passare attraverso i filtri di porcellana, secondo Doerr, mentre Birt ha ottenuto filtrati infettanti adoperando delle Chamb. F.

Il modo di preparazione del materiale, come la diluzione, la triturazione, i processi di macerazione e di digestione, ha grande importanza sulla filtrabilità di un virus, il quale per poter passare attraverso il filtro deve essere liberato, in molti casi, dai suoi rivestimenti protettivi e dalle cellule che lo contengono.

Il virus del vaccino è uno dei virus filtrabili di più minute dimensioni poichè passa anche attraverso le Kitasato, secondo le esperienze di Casagrandi, eppure la dimostrazione della filtrabilità è fallita a parecchi ricercatori, anche adoperando candele più porose, solo perchè non si è avuto sufficiente cura di ridurre il materiale in finissime divisioni e di liberare dagli involucri di reazione e cellulari i piccolissimi agenti infettivi, ad esempio mediante la digestione pancreatica proposta da Negri.

Se non è possibile classificare i diversi virus filtrabili, nello stato attuale delle nostre conoscenze, è però conveniente di distinguerli in gruppi: batteri e protozoi filtrabili; fasi filtrabili nel ciclo vitale di parassiti microscopici; virus ultramicroscopici.

Questa distinzione non può essere che provvisoria e relativa, alcuni virus potendo prendere posto in diverse categorie, ma oltre che permettere un aggruppamento di virus con similari caratteri biologici, permette di trattare con mag-

gior ordine alcune delle questioni riferibili ai virus filtrabili: loro rapporti con le inclusioni cellulari; relazioni con forme batteriche; binomi eziologici.

Pertanto, per semplice comodità di esposizione, distinguiamo: virus filtrabili ultramicroscopici virus filtrabili in rapporto con clamidozoi; virus filtrabili trasmessi da insetti, di probabile natura protozoaria; virus filtrabili di natura spirochetica; virus filtrabili di accertata, o presunta natura batterica.

VI. — *Virus filtrabili ultramicroscopici.*

In talune malattie il filtrato è infettante e la infezione sperimentale trasmissibile in serie, ma nè nell'organismo infetto, nè nel filtrato è sinora riuscito di mettere in evidenza nessun elemento figurato. In questi casi si può parlare di afanozoi p. d., quali si riscontrano nelle seguenti malattie infettive: peste bovina, dove i corpuscoli di Braddon nelle emazie meritano ulteriore conferma; mixoma dei conigli; influenza del cavallo; agalassia contagiosa delle pecore, il cui virus filtrabile ed invisibile fu dimostrato con esperienze in serie da Celli e De Blasi; afta epizootica, nella quale il *Cytorhyctes aphtarum* di Siegel non ha avuto conferme; morbillo, parotite epidemica. Tutte queste infezioni, dovute ai virus ultramicroscopici, vengono trasmesse per contagio diretto.

VII. — *Virus filtrabili in rapporto con clamidozoi.*

In molte infezioni, nelle quali riesce la trasmissione sperimentale con filtrati amicrobici, è anche dimostrata la presenza nelle cellule dell'organismo di corpi inclusi, specifici per sede e natura, interpretati da taluni come elementi parassitari, nel quale caso sarebbe necessario ammettere che il virus filtrabile rappresenti una fase del ciclo vitale di parassiti protozoari.

È però convinzione più diffusa che queste inclusioni cellulari (sebbene corpi analoghi si possono riscontrare anche liberi) non sieno che fatti di reazione cellulare tutt'attorno ai veri elementi parassitari rappresentati da minutissime granulazioni messe in evidenza anche con speciali colorazioni, o con l'esame in campo oscuro e capaci di attraversare i filtri quando siano rese libere con la distruzione del rivestimento che le circonda e degli elementi cellulari che le contengono.

Von Prowazek chiama *clamidozoi* i corpi inclusi e *corpuscoli elementari* i minuti elementi parassitari detti anche *clamidosomi* da Volpino e *strongiloplasmi* da Lipschütz.

Clamidozoi e virus filtrabili sono strettamente collegati fra loro poichè in tutte le infezioni nelle quali è stata messa in evidenza la presenza di inclusioni cellulari è stata pure dimostrata la natura filtrabile del virus, ad eccezione della varicella, nella quale, nonostante la presenza di clamidozoi, è finora fallita la dimostrazione di un virus fitrabile.

Clamidozoi si riscontrano nella rabbia (corpi del Negri), nel vaccino, vaiuolo, milk-pox, varicella (corpuscoli del Guarnieri), nel tracoma e nella blenorrea non gonococcica dei neonati (inclusioni nelle cellule congiuntivali), nella peste aviaria (corpuscoli di Kleine), nel mollusco contagioso, nell'epitelioma contagioso degli uccelli, nel cimurro dei cani (corpuscoli di Sinigaglia nelle cellule endoteliali dei bronchi), nella scarlattina (inclusioni di Bernhardt), nel tifo esantematico (inclusioni endoleucocitarie di v. Prowazel, e forse le Rickettsie dimostrate nei pidocchi infetti), nel giallume dei filugelli.

Tutte queste infezioni sono trasmissibili sperimentalmente coi filtrati attraverso candele. La loro diffusione naturale avviene per contagio diretto, ad eccezione del tifo petecchiale nel quale però, accanto alla dimostrata trasmissione per opera del pidocchio delle vestimenta, non è da escludere che la diffusione possa avvenire per altre vie e dove anche i corpi endoleucocitari descritti, più che inclusioni reattive di elementi parassitari specifici, potrebbero venire interpretati come fatti di reazione cellulare, o di disgregazione nucleare.

VIII. — *Virus filtrabili trasmessi da insetti, di probabile natura protozoaria.*

Vi appartengono i virus della peste equina trasmessa da *Stomoxis*, della peste aviaria trasmessa, secondo Marchoux, da alcuni acari, del tifo esantemático trasmesso dai pidocchi, della febbre maculosa delle montagne rocciose trasmessa da una zecca del genere *Dermacentor*, della febbre gialla trasmessa da *Stegomyia fasciata*, della febbre dei tre giorni trasmessa dai *flebotomi*, del dengue trasmesso da *Culex fatigans*, dell'idropericardio dei ruminanti trasmesso da una zecca.

In nessuna di queste malattie sono stati riscontrati clamidozoi, ad eccezione dei corpi interpretati come tali nei polinucleati neutrofili dei dermotifici e che già abbiamo visto doversi piuttosto riferire a fatti di degenerazione nucleare. Per molti di questi virus è stata dimostrata la necessità di un periodo di maturazione nell'organismo dell'ospite intermedio perchè questo possa divenire infettante, fatto analogo a quello che si conosce per altri protozoi trasmessi con la puntura di insetti.

IX. — *Virus filtrabili di natura spirochetica.*

Alcune spirochete sono capaci di attraversare i filtri come quelle dell'ittero infettivo, dimostrate da Inada e quelle che Noguchi ha recentemente osservato e coltivato in alcuni casi di febbre gialla.

Altre divengono filtrabili dopo avere subìto un processo di disgregazione che le trasforma in granuli vitali e virulenti, come le spirochete che King e Baeslack hanno riscontrato nella peste suina e coltivato nei terreni alla Noguchi.

Forme spirochetiche sono state osservate da Bordet nella pleuro-polmonite dei bovini e forme vibrionisimili sono descritte da De Rossi nel filtrato della peste aviaria.

X. — *Virus filtrabili di dimostrata, o supposta, natura batterica.*

I filtri si dimostrano, nelle ordinarie condizioni di filtrabilità, impermeabili ai più piccoli batteri conosciuti, come il coccobatterio del colera dei polli ed il micrococco prodigioso.

Ma alcune forme coccisimili, di recente osservazione, fanno ritenere che siano da riportarsi ai batteri anche questi minuti microrganismi, le cui dimensioni sono presso i limiti della visibilità, gramresistenti, coltivabili in opportune condizioni di diminuita tensione di ossigeno e che sono capaci di attraversare i filtri.

L'analogia del virus della pleuro-polmonite dei bovini con i batteri era già stata ammessa da tempo perchè nel filtrato il virus può essere morfologicamente identificato sotto l'aspetto di piccolissime granulazioni che si moltiplicano nei terreni di coltura.

In altri casi i filtrati sembrano apparentemente sterili, ma coltivati, specialmente nelle condizioni di mezzi nutritivi e di anaerobiosi che si hanno nei terreni alla Noguchi, dànno sviluppo a forme minutissime coccisimili, delle dimensioni di $0{,}15\text{-}0{,}3 \times 0{,}5\ \mu$, gramresistenti. Simili microrganismi sono stati ottenuti da Wilson in molte infezioni ad agente eziologico ancora non dimostrato, già ricordate più sopra; la loro specificità, secondo le ricerche di Bradford, Bashford e Wilson, sarebbe provata dal fatto che le colture dei filtrati sono capaci di determinare nell'uomo e nella scimmia, e per alcune malattie anche in altri animali da esperimento, infezioni similari a quelle naturali.

Microrganismi consimili sono stati ottenuti da Gibson, Bowman e Conhor coltivando il filtrato di emulsione di tessuto polmonare di morti per influenza e di escreato grippale.

Anche Lescke nelle colture in brodo, seminate con filtrato di succo polmonare, prelevato da morti per influenza, ha riscontrato la presenza di corpuscoli appena visibili all'ingrandimento di 1500 diametri.

In altre malattie infettive si è dimostrata la presenza di diplostreptococchi, che, in condizioni di anaerobiosi, quali si riscontrano nei tessuti organici e si possono ottenere nelle colture artificiali, si trasformano in minuti elementi rotondi capaci di passare attraverso i filtri. Si comportano in questo modo i diplococchi, di importanza eziologica non accertata, che Mathers e Rosenow riscontrano costantemente nel tessuto nervoso centrale dei poliomielitici. Nella poliomielite è infatti assolutamente dimostrata la presenza di un virus filtrabile, il quale, coltivato nei terreni alla Noguchi, dà sviluppo a minutissimi corpuscoli detti *corpi globoidi* di Flexner, i quali, secondo alcuni, dovrebbero venire identificati con la fase filtrabile dei cocchi di Rosenow.

Anche il cocco trovato da Tunnicliff nel sangue dei morbillosi, durante i primi giorni di malattia, coltivabile in condizioni anaerobiotiche, si presenta nelle prime colture di isolamento così minuto da potere passare attraverso le Berckefeld N.

Queste recenti osservazioni hanno messo in evidenza un gruppo di protofiti rhe, per le loro dimensioni, collegano il mondo visibile al microscopico a quello ultramicroscopico, ma lasciano anche adito al sospetto che molte volte le piccole forme globoidi filtrabili non siano che fasi di protofiti aventi i caratteri comuni ai batteri che ci sono noti.

In questo modo anzi alcuni spiegano i singolari rapporti che, in talune infezioni, intercedano fra virus filtrabili e batteri; ad esempio, secondo Lourens il bacillo *sulpestifer* subirebbe una fase di disgregazione granulare filtrabile che spiegherebbe la dimostrata presenza di un virus filtrabile nella peste suina, nella quale è pure di frequente reperto la forma bacillare ritenuta, prima della scoperta del virus filtrabile, come esclusivo agente eziologico.

XI. — *Rapporti tra virus filtrabili e batteri.*

Ma i rapporti tra virus filtrabili e batteri non sembrano il più delle volte essere di questa natura. Vi sono malattie infettive nelle quali il virus filtrabile è l'esclusivo agente specifico, come nella rabbia, nell'agalassia contagiosa delle pecore, ecc.; ma in molti altri casi i virus filtrabili, pur dimostrando un'azione patogena, la cui specificità viene confermata dalle esperienze in serie, dànno luogo ad infezioni sperimentali non perfettamente corrispondenti a quelle da cui proviene il materiale patogeno, sia per l'im-

perfetta sindrome riprodotta, sia per un più mite decorso dell'infezione.

Questo si osserva nella peste suina, nella febbre gialla, nel cimurro dei cani, nelle malattie esantematiche, nell'influenza, se troveranno conferma le scarse esperienze di infezione sperimentale sinora ottenute coi filtrati di materiale proveniente da malati di grippe.

In tutte queste infezioni si riscontrano anche, oltre il virus filtrabile, nell'organismo malato, delle forme batteriche le quali assumono una grande importanza, nel determinare, sia da per sè sole, sia in combinazione col virus filtrabile, il quadro nosologico completo.

In alcune delle malattie suddette il virus filtrabile inoculato negli animali recettivi determina una sindrome morbosa più o meno specifica, ma non similare all'infezione naturale, mentre d'altra parte i batteri, isolati in vita o in morte, riproducono, o il quadro infettivo completo, od almeno alcune delle più importanti lesioni caratteristiche della malattia, non riproducibili col solo virus filtrabile.

D'altra parte è però solamente con questo che si ottengono infezioni sperimentali contagiose, diffusibili e trasmissibili in serie, mentre l'infezione batterica sperimentale, pur essendo più completa dal lato clinico ed anatomo-patologico, non è nè contagiosa, nè diffusibile, nè riproducibile in serie.

Si hanno quindi alcune malattie epidemiche nelle quali la grande contagiosità ed il potere di diffusibilità sono legati alla presenza di un virus filtrabile, mentre le caratteristiche lesioni ed il complesso quadro clinico sono alle dipendenze di forme batteriche.

Nella peste suina il quadro anatomo-patologico caratteristico (processi ulcerativi difterici dello intestino e lesioni necrotiche degli organi respiratori) è sostenuto dal bac. *suipestifer*, poichè sono sperimentalmente riproducibili con l'iniezione di coltura di questo germe nei suini.

Ma esso si dimostra incapace di provocare una infezione contagiosa e trasmissibile in serie col siero di sangue filtrato, quale invece si ottiene col virus filtrabile messo in evidenza da Dorset, Balton e Mac Bryde, che però è causa di infezioni sperimentali di poca gravità, senza quelle complicazioni intestinali e bronco-polmonari che sono caratteristiche della epizoozia e causa della elevata mortalità, non mai riscontrata invece nelle infezioni ottenute con il virus filtrabile.

Nella febbre gialla l'importanza eziologica del bac. itteroide di Sanarelli sembrò discutibile dopo che Reed, Carrol e Agramonte, nel 1907, accertarono che il virus amarillico si trasmetteva per mezzo di *Stegomyia fasciata* ed era dimostrabile nel filtrato del siero di sangue dei malati. Questo virus sembra essere di piccolissime dimensioni poichè passa anche attraverso Chamb. B ed è forse di natura spirochetica, se le recenti vedute di Noguchi troveranno conferma.

Ma col virus filtrabile si riproduce nell'uomo una malattia febbrile di breve durata, a tipo influenzale, con cefalea, algie muscolari, iperemia congiuntivale, fotofobia, nausee, vomito, albuminuria, sintomatologia vaga comune a svariate infezioni, la quale non riproduce il quadro nosologico della febbre gialla caratterizzato sopratutto dall'ittero in dipendenza delle tipiche lesioni epatiche. Inoltre la malattia riprodotta col virus filtrabile presenta un andamento benigno, mentre nella infezione naturale la prognosi è di solito infausta potendosi raggiungere un quoziente di mortalità del 90-98 %.

La lesione caratteristica della febbre gialla, la steatosi epatica, si ottiene invece sperimentalmente col bac. itteroide.

Nel cimurro dei cani il filtrato attraverso Berkefeld dello scolo nasale, raccolto all'inizio della malattia, inoculato nei cuccioli determina una forma infettiva mite con febbre, scolo nasale, essudato nelle sierose. Ma il cimurro spontaneo dei cani si presenta di solito come una grave malattia per la frequente comparsa di fatti bronco-polmonitici, od intestinali, o nervosi, od esantematici che sembrano in relazione con la presenza di un batterio del gruppo delle pasteurelle, il quale si riscontra costantemente nel cervello e negli altri organi dei cani morti per cimurro. Questo germe, secondo le ricerche di Sanfelice, inoculato nei ricci, che sono animali recettivi, vi determina un'infezione capace di essere trasmessa in serie con il succo degli organi filtrato. **Inoltre** nel cimurro si osservano anche corpi inclusi e questi clamidozoi sono riproducibili sperimentalmente con le colture pure della pasteurella.

Quando le osservazioni fatte sulla peste suina permettevano di dedurre qualche conclusione, le ricerche sul cimurro hanno reso ancora più complicato ed inspiegabile il problema dei virus filtrabili, perchè in questa malattia non solo è dimostrata la presenza di un virus filtrabile, ma anche quella di uno specifico coccobatterio che, per sè solo, è capace di determinare una infezione la quale è trasmissibile in serie con il filtrato ed è anche causa della comparsa di corpi endocellulari riferibili ai clamidozoi.

Virus filtrabili, clamidozoi e batteri intervengono anche nelle malattie esantematiche.

Nel vaiuolo, tipica infezione da clamidozoi, riesce la riproduzione sperimentale di alcune lesioni mediante il filtrato della linfa delle pustole,

quali la pustolosi cutanea nei cani riprodotta in serie da Casagrandi e le specifiche alterazioni corneali ottenute da Levi della Vida nei conigli.

Ma le pustole ed i corpuscoli del Guarnieri, se sono fenomeni caratteristici della infezione vaiolosa, non sono però il vaiuolo.

D'altra parte, inoculando nelle vene dei cani una varietà di stafilococco aureo che si isola dagli organi dei morti per vaiuolo, si ottiene una infezione letale la quale presenta un reperto anatomo-patologico assai simile a quello che si osserva nel vaiuolo emorragico umano.

Altre volte sembrano avere importanza alcune varietà di streptococchi.

Nella scarlattina si presume l'esistenza di un virus filtrabile in base all'esperienza di Bernhardt, il quale avendo inoculato quattro scimmie con il filtrato delle ghiandole linfatiche di scarlattinosi, osservò in due di esse una forma febbrile con esantema e consecutiva desquammazione. Ma è anche nota l'importanza che hanno gli streptococchi nel caratterizzare le forme maligne, con complicazioni polmonari, a decorso fatale.

Nel morbillo la presenza di un agente eziologico filtrabile sembra ammissibile per le ricerche di Anderson e Goldberger e quelle di Nicolle e Conseil.

Ma l'evoluzione della malattia, specialmente nelle forme gravi e complicate è in rapporto con streptococchi, d'ordinario emolitici, come viene riprovato dalle recenti osservazioni fatte dai medici militari americani nelle diffuse epidemie morbillose verificatesi nei campi militari degli Stati Uniti. Una certa importanza eziologica potrebbe avere anche il cocco di Tunnicliff, dato che il siero dei morbillosi possiede opsonine e anticorpi fissatori del complemento per questo germe. È anche da ricordare che nella scarlattina si riscontrano nelle fauci, con grande frequenza, germi difterici o difteroidi (sulla reale natura di questi batteri ancora non si è giunti ad alcuna conclusione), e nel morbillo germi difteroidi e bacilli dell'influenza, sebbene sia da ritenersi che non si tratti che di pullulazione di saprofiti stimolati nella loro attività riproduttiva dalle mutate condizioni organiche, o dalle condizioni anergiche inerenti allo stato di infezione.

Nell'influenza del cavallo è stato dimostrato un virus filtrabile da Basset, ma non sembra discutibile nemmeno l'importanza eziologica degli streptococchi emolitici di Mathers.

Alcuni batteri, che sono causa di infezioni secondarie, hanno preso il sopravvento nella recente pandemia influenzale tanto da mutarne lo aspetto clinico e l'andamento epidemiologico.

Quale sia il protovirus influenzale è tuttora sconosciuto, quantunque sino dal primo comparire dell'epidemia primaverile se ne sospettasse la natura filtrabile per alcune analogie con i virus della febbre dei tre giorni, della dengue e delle malattie esantematiche. Conviene riconoscere però che le tentate dimostrazioni di un virus filtrabile, quali quelle di Selter, di Nicolle e di altri AA., non sono sufficientemente provate. Ma, sia il protovirus rappresentato da un microrganismo ultramicroscopico, o dai singolari germi riscontrati da Wilson, rimane sempre il fatto che nella ripresa autunnale la parte principale è stata sostenuta dai cosidetti germi associati.

Anche nella poliomielite e nella encefalite letargica, accanto al virus filtrabile, si è dimostrata la presenza di cocchi localizzati nel tessuto nervoso centrale, sulla cui importanza patogena sarebbe prematuro fare qualsiasi affermazione.

Più oscuri rapporti ancora sembrano esistere tra il virus del tifo esantematico ed alcuni batteri verso i quali il siero dei malati dimostra specifiche proprietà agglutinanti (agglutinazione per il bac. di Plotz, reazione di **Weil-Felix** per il *Proteus* X 19, agglutinazioni per germi del gruppo coli-tifo, per alcuni stipiti di M. Melitense e di *Bact. pyocyaneum*).

XII. — *Ipotesi sul meccanismo d'azione dei virus filtrabili.*

Per spiegare i rapporti intercedenti fra virus filtrabili e forme batteriche si sono fatte diverse supposizioni.

Si è già visto come alcuni sostengono che il virus filtrabile rappresenti una fase del ciclo vitale di alcuni microrganismi, ma l'ipotesi, se pure confortata da qualche esempio, non spiega in altri casi la diversità delle infezioni sperimentali ottenute col virus filtrabile e coi germi associati.

Certamente il filtro può modificare quantitativamente l'attività del virus; ad esempio nella peste suina il filtrato di siero di sangue si dimostra infettante dopo un periodo di incubazione più lungo e con manifestazioni morbose più miti di quelle che si osservano nella infezione sperimentale ottenuta con sangue non filtrato; anche nella infezione sperimentale poliomielitica della scimmia il periodo di incubazione è maggiore quando essa sia provocata col filtrato di emulsioni di cervello poliomielitico che non con le stesse emulsioni non filtrate.

Ma le differenze che abbiamo esposto a proposito di diverse infezioni non sono solamente di natura quantitativa, ma qualitativa; ad esempio il filtrato nella febbre gialla determina una malattia alla quale mancano le caratteristiche

manifestazioni cliniche e lesioni anatomiche della infezione naturale.

Si è anche da taluno sospettato che i batteri fossero i portatori dei virus filtrabili i quali dovrebbero quindi, considerarsi come parassiti dei batteri. Questi sarebbero dei semplici agenti di trasporto dei virus e non avrebbero alcuna parte diretta nel meccanismo dell'infezione.

Però le peculiari qualità infettanti di alcuni germi, supposti portatori del virus, come la pasteurella del cimurro dei cani, si conservano immutate anche dopo una lunga serie di passaggi colturali quando il virus ultramicroscopico, aderente ai batteri, si sarebbe dovuto esaurire, a meno di ammettere che nei mezzi di nutrizione si moltiplichi, contemporaneamente ai batteri, anche il virus invisibile.

Altri pensano che i virus filtrabili abbiano virtù aggressinica diminuendo la naturale protezione cellulare ed umorale dell'organismo verso alcune specie batteriche patogene. L'ipotesi, sostenuta da Schreiber, non spiega però la contagiosità e la diffusibilità delle infezioni naturali e sperimentali *pure,* sostenute cioè esclusivamente da virus filtrabili senza l'intervento dei batteri.

Si tende oggi ad ammettere che certi virus filtrabili possono essere causa di infezioni, assai diffusibili, ma ad andamento mite. Questi virus stimolerebbero l'azione patogena di batteri comuni ospiti dell'organismo, sia determinando uno stato anergico, sia stabilendo condizioni di menomata resistenza in alcuni organi, sia esaltando la virulenza dei batteri. Sopravvengono quindi infezioni secondarie che assumono la parte principale nel determinare la sintomatologia tipica e la gravità di alcune infezioni.

XIII. — *Binomi eziologici.*

Tra virus filtrabile e germi associati il legame talora è così stretto che forme pure sostenute dall'uno o dall'altro agente eziologico, sono assai difficilmente riscontrabili in pratica, come nella peste suina, nella seconda epidemia influenzale dell'anno passato, nel cimurro dei cani, probabilmente nella febbre gialla.

A questi duplici agenti Verney ha dato il nome di binomi eziologici. Questo termine è forse meno appropriato quando si riferisce ad altre malattie infettive, come le esantematiche, nelle quali il virus fitrabile è per sè stesso causa della tipica infezione, determinando però in alcuni casi l'esaltazione di virulenza in germi di infezione secondaria (*microbes de sortie* di Nicolle), ai quali sono dovute le complicazioni che sono causa della maggiore gravità della malattia.

In altri casi uno dei due termini del binomio, e precisamente quello che si riferisce ai batteri, non è specificamente costante, ma variabile a seconda dell'epidemie e delle località. Costante invece in ogni luogo si presentano, per sede e natura, la lesione anatomica ed il quadro nosologico.

Nella recente pandemia influenzale improvvisamente, dopo la mite epidemia di febbre dei tre giorni nei paesi mediterranei, si è avuto una ripresa, contemporaneamente diffusa in tutte le parti del mondo, caratterizzata da una sindrome uniforme dovuta a lesioni emorragiche bronco-polmonari, ma con reperto batteriologico diverso a seconda delle diverse località.

Si può supporre che, ad un dato momento del ciclo epidemico, il protovirus influenzale abbia, per ragioni che non è stato possibile dimostrare, aumentato il suo latente potere discrasico, esplicando la sua azione emorragica selettivamente nel territorio dei piccoli vasi pleuro-polmonari e determinando così un substrato favorevole allo sviluppo e alla esplicazione del potere patogeno e tossico di epifiti delle vie respiratorie.

Questi germi poi, esaltati di virulenza e resi più diffusibili con la frequente trasmissione da individuo ad individuo, sono stati causa di epidemie secondarie decorse parallelamente e indipendentemente dal protovirus e sono probabilmente causa della attuale maggiore diffusione di forme bronco-polmonari, quantunque il protovirus influenzale si possa considerare oramai ridotto allo stato di latenza.

XIV. — *Conclusioni*

Da questa sommaria esposizione delle questioni riguardanti i virus filtrabili possiamo dedurre che non è ancora il caso di trarre alcuna conclusione, nè sulla natura, nè sul meccanismo di azione di questi agenti patogeni.

Alcune affermazioni, che sembravano sostenute da una buona base di fatti, si sono dimostrate fallaci in seguito a più recenti osservazioni.

Queste, invece che illuminare la situazione, l'hanno resa più astrusa ed incomprensibile, tanto che, costretti talvolta a gettare a mare il bagaglio di cognizioni che credevamo bene sicure, ci sentiamo un pò sperduti nel buio.

Conviene per ora raccogliere i fatti, tentarne una classificazione al solo scopo di avere una guida per non smarrirsi nel labirinto di reperti che sembrano contraddirsi l'un l'altro e non aver fretta di trarre conclusioni definitive, o di lanciare ipotesi transitorie.

Possiamo solo, allo stato attuale delle nostre conoscenze, affermare che esiste un rapporto fra virus filtrabili ed inclusioni cellulari; che alcuni virus filtrabili sono fasi del ciclo vitale di

protozoi, o di protofiti, le quali talora hanno luogo nell'organismo di ospiti intermedi; che esistono batteri filtrabili di più minute dimensioni dei germi comunemente descritti.

Possiamo infine sospettare, con qualche fondamento, che ad alcuni virus filtrabili, per sè stessi, siano legate la contagiosità e la grande diffusibilità di alcune malattie infettive, nelle quali però il quadro nosologico e anatomo-patologico caratteristico sarebbe alle dipendenze di associazioni batteriche.

Nella patologia umana ed animale i binomi eziologici avrebbero quindi una straordinaria importanza, essendo ad un termine, rappresentato dal virus filtrabile, legata la contagiosità e la diffusibilità della infezione, mentre all'altro termine, rappresentato da batteri, sarebbe dovuto il quadro caratteristico della entità nosologica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. sen. F. DURANTE

Un caso di angioma nevralgico

per il dott. ENNIO GROSSI, assistente volontario.

Non è frequente nella letteratura trovare descritti casi di angiomi nevralgici, nè su di essi richiamano l'attenzione i trattatisti che in genere danno anzi la mancanza di dolore come carattere patognomonico degli angiomi attribuendo tutto al più ad essi, e non sempre, un semplice senso molesto di calore specialmente nei cavernomi.

Il Trélat nel 1874, il Terrillon nel 1884 ed il Watson descrissero angiom che davan dolori raggianti.

Altri casi di angiomi dolorosi sono stati descritti dal E. Kirmisson nel 1897 e dal Gérard.

Il primo descrisse un angioma in corrispondenza del polpaccio della gamba destra divenuto doloroso dopo un anno. L'infermo accusava il dolore specialmente alla sera dopo il lavoro ed esso era anche intenso alla pressione profonda. Il secondo autore parla di un angioma sottocutaneo doloroso della regione interna della gamba al suo terzo superiore.

Si comprende facilmente come l'esistenza di dolori possa esser talora causa di errori diagnostici e far confondere questi angiomi, se sottocutanei, con dei neuromi.

Essendoci occorso di osservare un caso di angioma nevralgico sul polpastrello del mignolo della mano sinistra, crediamo possa essere di qualche interesse aggiungere anche il nostro ai casi già descritti nella letteratura.

***

X. di anni 35, di nazionalità inglese, donna di casa, accusava di avere, da circa due anni al dito mignolo della mano sinistra una piccola tumefazione della grandezza di un grosso cece di color violaceo, che a periodi variabili specie nei catameniali si ingrossava leggermente o si impiccioliva talora sino a scomparire quasi del tutto.

L'inferma asseriva che detta tumefazione era dapprima quanto una lenticchia e che la sua attenzione fu richiamata dal fastidio che ne risentiva specie quando saltuariamente aumentava di volume.

Da allora andò sempre leggermente crescendo sino a che raggiunse la dimensione anzidetta conservando la proprietà di rimpicciolirsi ed accrescersi saltuariamente. Contemporaneamente il senso di fastidio si andò trasformando in vero e proprio dolore che nei momenti in cui il tumoretto s'inturgidiva ed aumentava di volume diveniva intenso e si irradiava all'eminenza ipothenar, al cavo della mano e talora all'avambraccio ed al braccio. Il dolore diveniva intensamente folgorante ad ogni più piccolo urto del dito.

Date queste sofferenze che le impedivano di accudire alle sue ordinarie occupazioni chiese di esserne liberata disposta a sottoporsi occorrendo a qualsiasi intervento chirurgico.

Esame obiettivo. — Sul polpastrello del mignolo della mano sinistra si riscontrava una piccola tumefazione facente corpo con la cute della grandezza di un grosso cece di colorito bluastro.

Alla palpazione essa si presentava di superficie leggermente bernoccoluta, di consistenza duro, elastica, dolentissima alla pressione. Temperatura della cute normale; non si percepivano fremiti. Alla compressione si riduceva leggermente di volume.

Si fece diagnosi di angioma cavernoso e si consigliò l'asportazione del tumoretto cosa a cui la inferma si sottopose.

Praticata l'anestesia locale cocainica fu asportato il piccolo tumore che apparve come una massa di sangue coagulato e si suturò la ferita con due punti di seta. Scomparsa dopo qualche giorno la sensazione dolorosa prodotta dalla ferita chirurgica e tolti i punti la paziente non accusò più dolore alcuno e fu licenziata lieta che le era stata tolta la causa di dolori divenuti insopportabili.

Esame istologico. — Fissato il pezzo in alcool ed incluso in paraffina furono fatte le sezioni microscopiche che vennero colorate con la doppia colorazione di ematossilina eosina. All'esame microscopico si riscontrò lo stroma costituito da fasci di tessuto fibroso intersecantisi fra di loro in modo da formare numerose trabecole e tra essi fibre elastiche e muscolari lisce, qualche capillare e fibre nervose.

Le cavità di diversa grandezza formate dalle trabecole connettivali e tappezzate da cellule endoteliali si presentavano ripiene di globuli sanguigni. Notevole il fatto della prevalenza del tessuto connettivale e specie delle fibre muscolari alle quali si doveva l'impicciolirsi e l'ingrandirsi saltuario del tumore specie nei periodi catameniali.

BIBLIOGRAFIA.

TRÉLAT. « Gaz. hebd. », 1874.
TERRILLON. « Progrès méd. », 1884.
KIRMISSON. « Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale », pag. 710.
DELBET e LE DENTU. « Traité de chirurgie », pag. 453.

(9)

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sulla patogenesi dell'appendicite. Le appendiciti ematogene.

(*Presse médicale*, 1 maggio 1919).

L'accordo sulla patogenesi dell'appendicite è ben lungi dall'essere raggiunto: le teorie numerose e contradditorie tuttora vigenti dall'argomento possono pertanto riunirsi in due gruppi principali, quella *enterogena*, che invoca una infezione locale dell'appendice, e quella *ematogena*, che invece ritiene trattarsi della localizzazione di una infezione generale.

Si comprende che la prima idea presentatasi allo spirito è stata quella di ammettere che gli innumerevoli microbi dell'intestino crasso possano approfittare della prima occasione per provocare una infiammazione dell'appendice. Un corpo estraneo, una massa stercoracea, un qualsiasi ostacolo che porti una obliterazione anche passeggera della cavità appendicolare, un'esagerazione delle putrefazioni intestinali, una penetrazione microbica attraverso un'erosione intestinale, l'inoculazione da parte di un parassita, sono le cause più frequentemente invocate. Per arne comprendere meglio il meccanismo, si è paragonata l'appendice alle amigdale, con cui avrebbe analogia di struttura, di localizzazione, di funzioni. Il cul di sacco appendicolare, come quello tonsillare, collocato sul tragitto di un canale riempito di batterî è facilmente invaso ed infettato. Accade talvolta che ambedue gli organi siano colpiti simultaneamente od a pochi giorni di distanza; si pensa allora che i due organi, per una predisposizione anteriore, siano attaccati dai microbi del tubo digerente, oppure che questi abbiano acquistato una virulenza anormale. Ma si può anche ritenere che i due processi siano legati dal fatto che i batterî sviluppati nelle tonsille, possedendo od avendo acquisita una certa affinità per il tessuto linfoide siano penetrati nel sangue, andando poi a svilupparsi nell'organo similare: l'appendicite si spiegherebbe così con una infezione sanguigna preesistente, il più spesso leggera e transitoria, sarebbe cioè di origine ematogena.

Tale patogenesi, ammessa dal Lewis nel 1893 sembra dimostrata da numerose osservazioni cliniche e sperimentali. Le infezioni più svariate avrebbero una parte importante nello sviluppo dell'appendicite; il morbillo, la scarlattina, la varicella, il vajuolo, il vaccino, la tifoide, gli orecchioni, l'erisipela, il carbonchio, la furunculosi, la tubercolosi, la sifilide. Anche la pneumonite si accompagna spesso ad appendicite; l'osservazione clinica è poi confermata dal reperto batteriologico del pneumococco nell'appendice. Lesnè e Richet figlio arrivano fino a ritenere che il dolore puntorio addominale, accusato spesso dai fanciulli con pneumonite significhi semplicemente la localizzazione appendicolare.

Con particolare frequenza si osserva l'appendicite nel reumatismo articolare e nell'influenza. In parecchi casi si è notata la localizzazione simultanea o successiva nelle tonsille, nelle articolazioni, nell'appendice. L'importanza poi dell'appendicite grippale è stata messa in rilievo da diversi autori, alcuni dei quali ritengono che l'influenza sia la vera causa dell'appendicite, e che, anche in un attacco appendicolare, che sembra primitivo, si possano ritrovare degli antecedenti influenzali, della che risalgono a settimane od a mesi.

In altri casi, del resto abbastanza rari, i sintomi dell'appendicite si svilupperebbero durante una setticemia o piemia; in tal modo si interpreta oggi la morte di Gambetta, per un'appendicite consecutiva ad una ferita suppurata della mano.

Se l'appendicite proviene, almeno in certi casi, da un'infezione sanguigna, si comprende che talora possa manifestarsi in forma epidemica, come nelle osservazioni di Golubow; la contagiosità dell'appendice si spiegherebbe con la contagiosità della setticemia causale.

La teoria ematogena può appoggiarsi sopra reperti batteriologici; oltre a quelli già citati per la pneumonite, ve ne sono altri in cui nell'appendice suppurata si è riscontrato lo stesso streptococco isolato nelle tonsille. Si è però obbiettato che lo streptococco è un germe banale, che si trova anche nel tubo digerente; la prova più sicura si avrebbe con le emocolture, le quali però sono state sempre negative, probabilmente per il fatto che, analogamente ad altre infezioni, la setticemia è transitoria. Il microbio non farebbe che traversare il sangue per localizzarsi sull'appendice ed in molti casi favorirebbe lo sviluppo secondario dei germi abituali dell'intestino crasso o almeno di alcuni di essi, specialmente degli anaerobi.

Una conferma sicura delle teorie patogeniche può essere data dall'esperimento, che però, nel caso dell'appendicite è forzatamente limitato, al coniglio, che è il solo animale da esperimento il quale possiede un'appendice; essa anzi è talvolta sede di alterazioni spontanee, manifestantisi alle volte, in forma epizootica. Numerose sono state le esperienze fatte in proposito, a cominciare dal 1885, quando Ribbert, iniettando delle colture di coli-bacillo nell'appendice, uccideva l'animale in poche ore. In seguito Roger e Josuè dimostrarono che la legatura dell'appendice, provocando la stasi microbica, è sufficiente per provocare la suppurazione e la gangrena, mentre invece il sem-

plice restringimento non provoca alcun disturbo; così pure è innocua l'introduzione di un corpo estraneo, che finisce per venire espulso nel cieco. Altri autori dimostrarono poi che l'ingestione di carni putrefatte provoca lesioni intestinali diffuse che retrocedono facilmente, mentre invece persistono nell'appendice dei rilievi follicolari e si sviluppano talvolta delle ulcerazioni. Analoghi risulsultati si ottengono mediante colture microbiche; mentre poi praticando delle lesioni traumatiche, si osserva che queste nel tenue si cicatrizzano rapidamente, mentre finiscono nell'appendice con ulcerazioni durature.

Tutti questi fatti dimostrano che cause locali possono portare l'infiammazione dell'appendice. Occorreva studiare anche le conseguenze delle infezioni sanguigne. Lesioni appendicolari si osservano consecutivamente all'iniezione endovenosa di diversi germi (pneumobacillo, tifo, stafilococco). Gli stessi risultati ha ottenuto Mori con l'iniezione in un'arteria mesenterica; aiutati dai germi autoctoni dell'appendice, i microbi inoculati provocano il rigonfiamento dei follicoli, delle emorragie puntiformi, talora delle infiltrazioni emorragiche diffuse e dei punti di necrosi; tali lesioni sono tanto frequenti che si può talvolta ritenere che l'appendice sia un vero organo di predilezione per le localizzazioni microbiche. Con il pneumococco, riscontrato nel reumatismo, e considerato da Poynton e Pane come l'agente della malattia, questi autori hanno osservato la frequenza di localizzazioni appendicolari. Anche nelle micosi sperimentali (*Oidium albicans*) la localizzazione appendicolare è di gran lunga più frequente che l'intestinale.

Tutti questi fatti portano a concludere che i germi più svariati, circolando nel sangue possono localizzarsi nell'appendice e determinarvi un'infiammazione e dimostrano altresì l'origine ematogena di alcune appendiciti. Sarebbe però irrazionale generalizzare i risultati e respingere l'esistenza di appendiciti per infezione locale.

Un altro fattore interviene forse per spiegare le frequenza delle localizzazioni; è l'elettività di certi germi per un determinato tessuto, *l'organotropismo*, secondo la denominazione di Rosenow. Gli streptococchi penetrati accidentalmente nelle tonsille ed ivi sviluppatisi, hanno acquisito una predilezione per il tessuto linfoide, su cui si localizzeranno di preferenza, quando penetrino nel sangue. Questo organotropismo si trasmette per qualche generazione nelle colture fatte in brodoascite.

Questa concezione dell'organotropismo è interessante, in quanto che può essere estesa a diverse altre localizzazioni. Così Roger e Josuè hanno isolato in un caso di mielite, un pneumococco, che per iniezioni endovenose, determinava delle paraplegie, aveva cioè acquistato un'affinità elettiva per il sistema nervoso.

Tale proprietà può essere conferita anche artificialmente, come ha fatto p. e. Frossner coltivando uno streptococco su mezzi contenenti estratti renali; dopo un certo tempo il germe, introdotto per via endovenosa, si localizzava sul rene: analogamente, facendo vivere il bacillo pestoso nel tessuto polmonare, gli si dà un'attitudine speciale a provocare pneumoniti pestose.

Per tal modo i germi più banali possono acquisire un'affinità per un organo o per un tessuto cioè una specificità più o meno marcata e durevole.

Questa nozione nuova completa le nostre conoscenze ed i nostri concetti sulle appendiciti ematogene e ci permette di affermare che, almeno in certi casi, l'appendicite è dovuta alla localizzazione di un'infezione generale. *fil.*

SEMEIOTICA.

Il polso venoso giugulare fisiologico e la sua interpretazione.

(EM. STIÉNON. *Paris Médical*, 22 maggio 1919).

Il polso venoso giugulare deve essere sempre registrato contemporaneamente al polso arterioso. Inoltre occorre inscrivere il tempo con un cronografo che registri il quinto di secondo.

Dopo l'inscrizione è necessario identificare le diverse fasi del polso venoso, il cui tracciato mostra delle onde più numerose di quelle del polso arterioso. Siccome ogni onda sta a dimostrare l'elevazione di pressione nelle vene, occorre conoscere la forza che produce tale elevazione e per questo deve essere nettamente stabilito il momento esatto di apparizione di ogni onda nel ciclo cardiaco.

Osservando il tracciato di un polso venoso fisiologico si notano onde positive e due depressioni, indicate dai diversi autori con differente nomenclatura e diversamente interpretate. La nomenclatura di Mackenzie è quella più comunemente in uso.

Per l'interpretazione di tali onde si prende come punto di *repere* il piede della sistole ventricolare, *repere* che sul tracciato giugulare separa due onde positive, che Mackenzie ha convenuto di chiamare onda a quella che precede il piede della sistole ventricolare e onda c quella che segue immediatamente ad esso. All'onda c succede una depressione x, seguita da una terza onda positiva v, a cui fa seguito un'altra depressione y. Dopo di che comincia il nuovo ciclo col sollevamento a.

Riguardo il significato fisiologico dei diversi accidenti del flebogramma, a corrisponde alla sistole auricolare e dipende direttamente dall'elevazione

della pressione nell'interno di questa cavità. L'onda c è stata oggetto di numerose discussioni. Secondo Mackenzie è un'onda carotidea. Infatti se si considerano i rapporti anatomici della carotide e succlavia in vicinanza della giugulare, si capisce come, ricoprendo il ricevitore una parte di queste arterie, lo *choc* della pulsazione arteriosa influenzi quello della vena giugulare, producendo l'onda c, la quale assume i caratteri di un vero polso carotideo, quando si prendano più in alto sul collo i tracciati. È ben dunque un'ondulazione sistolica, che influenza l'onda auricolare (Frédéricq).

La depressione x è dovuta al rilasciamento dell'orecchietta dopo la sistole.

L'onda positiva v è un'onda ventricolare per la sua associazione con la sistole del ventricolo destro. Essa è spesso formata dal sangue rifluente attraverso l'orifizio tricuspidale insufficiente, grazie alla sistole del ventricolo destro (1).

Finalmente la depressione y corrisponde alla diastole generale del cuore.

L'inscrizione del tempo ha importanza per l'interpetrazione di alcune onde, la cui durata è stata stabilita in condizioni fisiologiche.

Così l'intervallo fra la sistole auricolare e ventricolare, dato dalla lunghezza dell'intervallo a-c, è di 1/5 di secondo. Nel prendere i *repere* è anche opportuno ricordare che tra l'apertura delle valvole aortiche e il polso carotideo intercede un breve spazio, valutato a 1/50 di secondo, e che il polso carotideo appare circa 1/10 di secondo prima del polso radiale.

CESETTI.

(1) L'onda positiva v è un'onda ventricolare dovuta all'accumulo di sangue nell'orecchietta mentre termina la sistole ventricolare.
Alla produzione di tale onda del resto è possibile che prendano parte anche il ritorno alla posizione di riposo del setto auricolo-ventricolare e il ritorno delle valvole tricuspidali, che essendo meno fortemente tese dai muscoli papillari alla fine della sistole, tendono a risalire nell'interno dell'orecchietta, a causa della maggiore pressione intraventricolare su quella intraauricolare in questo momento. Tutte queste cause del resto producono una diminuita capacità auricolare e un rigonfiamento consecutivo delle vene afferenti verso i tronchi venosi del collo (Vaquez).

CHIRURGIA.

Le obliterazioni arteriose traumatiche.

(BABINSKI ed HEITZ *Arch. des Mal. du Coeur*, Novembre 1918).

Lo studio è rivolto a delucidare la maniera con cui si ristabilisce la circolazione collaterale; i mezzi usati oltre alla palpazione del polso arterioso là dove era possibile, il metodo Riva Rocci-Vaquez, e l'oscillometro del Pachon; per rendere più manifeste le pulsazioni ed evitare confusioni con fenomeni vasomotori ingannatori, l'esame è stato preceduto da un bagno caldo delle estremità in esame.

Dai risultati ottenuti con l'osservazione di numerosi casi gli aa. traggono le seguenti conclusioni generali:

Le obliterazioni arteriose figurano tra le complicanze relativamente frequenti delle ferite degli arti.

In un certo numero di casi l'emorragia, provocata dalla lesione dell'arteria, ha reso necessaria la legatura del vaso, sia immediata, sia secondaria.

Spesso (nella metà dei casi di osservazione degli aa.) l'emorragia s'è arrestata con mezzi occasionali, o anche spontaneamente, per trombosi intraarteriosa.

Comunque arrestata l'emorragia, l'arteria, dopo un certo tempo, si riduce ad un cordone fibroso impermeabile per una lunghezza di parecchi centimetri; talora non è più riconoscibile nel tessuto fibroso di cicatrice. Non pare che la infezione possa esserne la causa; si trova l'obliterazione secondaria di numerose branche collaterali, e per tale ragione con ogni verosimiglianza il ristabilirsi della circolazione collaterale in alcuni feriti avviene tardivamente (fino a 18-24 mesi dopo la ferita può non comparire la pulsazione delle arterie periferiche).

In seguito a lesione dell'ascellare o della porzione superiore dell'omerale, è frequente l'assenza del polso sulla radiale; nell'arto inferiore le pulsazioni della pedidia e della tibiale possono mancare egualmente per lesione della poplitea, come per lesione della femorale.

In generale, quando la pulsazione ricompare, misurando la pressione col metodo Riva-Rocci-Vaquez, si trova la pressione sistolica notevolmente più debole dal lato colpito (4 cm. Hg, talora perfino 6-8 cm), ma la differenza diminuisce gradatamente e si riduce a 2-3 cm. Hg, dopo qualche tempo dal ripristino.

Talora la differenza resta stazionaria. Una differenza superiore ad 1,5 cm. Hg tra la pressione sistolica degli arti simmetrici, sembrerebbe patognomonica d'una obliterazione del tronco arterioso principale, purchè si possa escludere l'idea d'un aneurisma e se l'arto non è colpito da un arresto di sviluppo.

Dopo parecchi mesi e sopratutto dopo parecchi anni dalla ferita, la circolazione collaterale, sviluppandosi progressivamente, tende a portare alle estremità una quantità di sangue, sempre più abbondante: in qualche ferito agli arti in-

feriori la circolazione ridiviene quasi normale.

Tali casi son però molto rari; meno rari sono invece quelli nei quali la circolazione delle estremità lontane è tutt'altro che normale (differenze di 3-4 fino a 6 cm. di Hg nella pressione sistolica); i casi più comuni sono quelli di una circolazione collaterale sufficiente con una differenza di pressione sistolica da 1-2 cm. di Hg.

Nei soggetti guariti bisogna ammettere che esisteva prima della ferita un particolare sviluppo delle anastomosi collaterali: così la femorale profonda può in certi individui presentare uno sviluppo eguale a quello della stessa femorale.

O perchè le anastomosi erano meno sviluppate, o perchè la trombosi ascendente e discendente ha obliterato la maggior parte delle vie, in alcuni soggetti ha tardato a ristabilirsi o più o meno incompletamente si è ristabilita la circolazione collaterale.

t. p.

IGIENE.

La razione alimentare dell'adulto.

(*La Presse Médicale*, n. 29, pag. 281).

I problemi le cui soluzioni noi ci chiediamo nello stabilire la razione alimentare sono essenzialmente due:

uno quantitativo: quante calorie occorrono, ovvero quanta energia potenziale serve per bilanciare il consumo di forza viva determinato dalla produzione del calore, e dal lavoro meccanico;

Ed un secondo problema, qualitativo, rappresentato dalla necessità di somministrare tutti quegli elementi chimici determinati dei quali l'organismo usufruisce senza che d'altra parte esso possa sostituirlo con altri, ed in quale misura.

A tali quesiti J. P. Langlois, basandosi su osservazioni fatte durante la guerra e recenti esperienze, ha cercato di rispondere in una conferenza tenuta alla « Société d'Hygiene alimentaire. »

***

La razione alimentare normale, o, meglio, la razione corrente, di un soggetto di settanta chilogrammi, che lavori otto ore al giorno ed in clima temperato, è stimata in 3000 calorie nette, equivalenti a 3300 calorie brute, se prendiamo in esame invece degli idrati di carbonio, albuminoidi, grassi puri, le sostanze tal quale ci si presentano siano sotto forma di lenticchie o di carne o di olio. Tale è la razione proposta dalla Commissione Scientifica Interalleata di vettovagliamento e quale risulta dalle esperienze di Graham Lusk: quandol a « razione corrente » sia insufficiente si va incontro in alcuni casi alla inanizione.

La resistenza all'inanizione varia da individuo ad individuo, da una specie all'altra di animali, ecc., dipende insomma da numerosi fattori: Succi potè più volte digiunare per trenta giorni consecutivi, una cavia resiste al digiuno sei giorni al massimo, lunghissimo tempo una rana.

Evidentemente la « razione nulla » non è quella che deve esser presa in esame da noi, ma bensì le razioni che portano ad una alimentazione insufficiente.

Per i fisiologisti la « razione minimum » è rappresentata da 1600 calorie per un individuo immobile, ben vestito, a 15°, e da 2200 calorie per un individuo in letto.

La guerra però ci dimostra e le ricerche di laboratorio confermano che una razione relativamente piccola può mantenere la vita e noi vediamo così la « razione alimentare ufficiale » variare a Berlino nel 1916 da 1344 calorie a 2300, a Lilla da 1400 a 2000 nel 1917–18; ufficiali prigionieri russi in Germania ebbero per un anno e mezzo 1700 calorie quotidiane senza purtuttavia dimagrire notevolmente, ecc.

Il laboratorio conferma tale facoltà di resistenza ad una alimentazione insufficiente e le ricerche di Chittenden, Neuman, sulla propria persona, di Benedich, Miles, Roth, Smith su giovani di 23 anni portano a concludere che l'alimentazione ridotta « conduce ad una benefica reazione dell'organismo, ad una reazione di difesa che si può riassumere nelle due proposizioni: diminuzione della perdita, miglioramento del rendimento ».

***

Ma delle 3000 calorie nette o delle 3300 brute dianzi accennate, quante ne dobbiamo richiedere partitamente agli albuminoidi, ai grassi, agli idrati di carbonio?

Premesso che l'esperienza ha dimostrato non potersi senza inconveniente somministrare esclusivamente uno di questi tre componenti, il *minimum* di sostanze albuminoidi necessarie è rappresentato da una cifra assai piccola: essa dai cento grammi ammessi sufficienti da Voit e Pettenkofer è scesa in seguito a 70 grammi (Richet–Lapicque) e poscia a 0.75 per chilogramma in peso di individuo. Le ricerche moderne in realtà dimostrano che la quantità necessaria e sufficiente di una data albumina che deve figurare nella razione di un animale per mantenerne l'equilibrio o l'accrescimento è determinata dalla percentuale in essa albumina contenuta degli aminoacidi indispensabili alla vita (triptofano, lisina, ecc.)

Per i grassi la cifra classica di Voit e Pettenkofer (50 gr.) è ritenuta troppo piccola e viene stabilita da Lusk, Starling, Halleburton in 70–88 grammi.

Il minimo degli idrati di carbonio, costituenti il

« carbone del motore umano », resta fissato in 500 grammi.

Ai fattori essenziali della nutrizione poi (albumina, grassi, idrati di carbonio) devono associarsi i fattori accessori dell'accrescimento e dell'equilibrio, cioè le vitamine, la cui assenza causa il beriberi, forse la pellagra e specialmente quella malattia più volte manifestatasi durante la guerra, ossia lo scorbuto. MONTELEONE.

STORIA DELLA MEDICINA.

Antonio Scarpa e l'uso dell'elettricità nelle malattie della laringe.

Nelle storie dell'elettroterapia si legge che nel 1823 Most ottenne la guarigione in un caso di afonia, che durava da parecchi anni, col galvanismo. Questo fu pure nel medesimo anno raccomandato da Partington.

Nel 1825 Wilson e Pascalis proposero il galvanismo a cura dello spasmo della glottide.

Nel 1836 Rebsamen guarì con tal mezzo una afonia associata a paralisi della lingua e disfagia in un vecchio di 70 anni.

Nel 1837 un altro caso di afonia fu guarito col galvanismo da Sasse. La galvano-caustica fu per la prima volta applicata alla cura dei polipi laringei del Bruns di Tubinga, nel 1861...

Non un nome, in quell'epoca, di autori italiani, i quali sarebbero giunti molto dopo (1). Ora, studiando l'opera dello Scarpa, specialmente dal punto di vista oto-rinologico, ho trovato come sin dal 1806 il grande anatomico raccomandasse l'uso della corrente elettrica come rimedio di una afonia reumatica, forma in cui anche il De Renzi ottenne, con tal sussidio terapeutico, la guarigione. Mentre l'Eulenburg riteneva che le sole paralisi isteriche si possano curare, con successo, mediante le applicazioni elettriche esterne, il De Renzi (*Paralisi reumatica della laringe guarita con la cura elettrica*, La Nuova Liguria Medica, 1874) dimostrò che quelle erano efficaci anche nelle altre forme.

Riferiamo, senz'altro, l'interessante consulto clinico dello Scarpa:

Gentilissimo signore,

Le dimande, che assai sensatamente le sono state fatte dal sig. dott. Bianchi decidono l'affare. Se Ella, oltre l'afonia, non soffre affanno, non tosse, non sputi sanguigni, o saniosi, non dolore sordo e profondo al petto, non febbre, e può giacere su tutti i lati, e si mantiene bastantemente in buona nutrizione, egli è evidente che il petto non è della partita, e che la di Lei malattia si riduce ad una mera località, ad un infarcimento della membrana interna, e conseguentemente dei legamenti vocali della laringe.

E la cagione di questo incomodo, piuttosto che malattia, è quella stessa che altre volte le ha dato il reuma fra le spalle, indi l'ottalmia cisposa, che le durò un anno, e l'affezione dell'orecchio destro che persistette per parecchi mesi, la qual cagione sembra doversi riferire alle reumatiche; tanto più che vi sono stati sempre dei motivi capaci d'indurre soppressione di traspiro, e quindi mettere in giuoco questa maniera d'acrimonia.

Dietro questi principî le è stato prescritto il decotto di dulcamara; ottimo rimedio per combattere questa particolare acrimonia, e del quale non posso che commendarne l'uso. Mi piacerebbe però che Ella facesse uso inoltre degli antimoniali uniti all'estratto di cicuta, ovvero del calomelano collo stesso estratto come più piacerà al di Lei medico curante. Procurerà d'intrattenere alla meglio il traspiro, specialmente all'ingresso dell'autunno portando sulla pelle un corpetto di scotto, da non lasciarsi per tutto l'inverno. Localmente v'è poco o nulla da fare, ad eccezione di qualche gargarismo tonico, ed astringente. *La sola cosa che sarebbe da tentarsi con qualche fiducia, sarebbe l'elettricità, non per scosse, ma per corrente attraverso la laringe.*

Non entro in minuti dettagli sulla dose dei sopra detti rimedî, perchè sarebbe una pedanteria, essendo Ella nelle mani d'un ottimo medico.

Sono colla più distinta stima

Pavia, 6 agosto 1806.

dev. obbl. serv.re
A. SCARPA.

Questa lettera, anche se non si voglia pensare che lo Scarpa sia stato il primo a proporre l'elettricità quale mezzo di cura di disturbi laringei, dimostra che tra la fine del secolo XVIII e il principio del XIX, in Italia, l'agente fisico dominato e diretto dalle invenzioni di Galvani e di Volta, era entrato nella pratica medica, anche per malattie — come quelle dell'organo vocale, tanto avanti dell'inspezione laringoscopica — che sfuggivano a un esame diretto.

La fiducia dello Scarpa in questa nuova terapia non deve meravigliare, quando si rifletta che egli era amico e ammiratore del Volta, col quale compì un viaggio ai principali Atenei esteri e del quale ha parole di altissimo pregio in una lunga relazione — dettata dallo Scarpa stesso in qualità di rettore dell'Università di Pavia — al *Cittadino Ministro dell'Interno*, in data 14 *ventoso a. VII R°* (cioè 4 marzo 1799). In essa mette in luce « al Direttorio i meriti di un tal soggetto, celebre per le sue scoperte, e scritti pubblicati, non solo in Italia, ma in tutta l'Europa.

« E quanto alle scoperte basti accennare, ch'egli è l'inventore dell'*elettroforo perpetuo* e del *condensatore di elettricità*, macchine che portano il di lui

(1) Si vegga T. SANTOPADRE, *Le applicazioni cliniche della terapia idro-aero-elettrica* (« Il Galvani », gennaio 1873, I, 26). Nel *Manuale teorico-pratico di elettroterapia* dello SCHIVARDI (Milano, Vallardi, 2ª ed., pag. 354) è detto che il primo che abbia praticata in Italia la faradizzazione interna della laringe fu il dott. Guarini (*La Riforma clinica*, 1866, n. 10).

nome... e che hanno moltissimo rischiarata ed estesa la teoria elettrica e che son divenute di tanto uso ed utilità... ».

Nella revisione dei valori della nostra coltura, nel reclamare il posto che ci spetta fra gli altri, non dobbiamo trascurare anche i fatti che sembrano di una importanza circoscritta.

Oggi, vinta la guerra, si può e si deve riparlare del nostro passato: anzi, non perchè si è vinta, ma perchè si è fatta la guerra, non perchè vogliamo raggiunti i confini della patria e affermata la vitalità indissociabile della storia italiana nella storia del mondo civile, ma perchè abbiamo davanti ai nostri occhi il gigantesco complesso dei sacrificî accettati, dei patimenti sopportati, degli sforzi sostenuti.

Quella è la vittoria, a così dire, esteriore; ma solo di qui, da questa visione, può nascere il senso della vittoria intima, la coscienza di aver meritato di vincere.

GUGLIELMO BILANCIONI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. M. MADDALENA IN TRIESTE.
Direttore cav. dott. A. MARCOVICH.

Sul trattamento delle feci dei tifosi coll'etere di petrolio e cogli idrocarburi in genere

per il Dott. LINO URIZIO.

Bierast (Cb. f. Bakt. 1914, Org. V. 74) porta un nuovo metodo per facilitare l'esame dei bacilliferi tifosi che merita ogni attenzione. Poichè il *B. coli* nei terreni culturali che oggi possediamo troppo rapidamente cresce e quasi impedisce lo sviluppo della flora tifica, egli trovò che trattando le feci alcun tempo prima di venir strisciate coll'etere di petrolio, il *B. coli* veniva distrutto completamente senza alterare il bacillo del tifo.

E a differenza del Conradi che nel trattamento dei bacilli della difterite coll'etere di petrolio vede solo un fenomeno fisico — i bacilli della difterite cioè con membrana ricca di lipoidi aderiscono più facilmente alle goccioline d'etere di petrolio formantisi per agitamento nel medio acquoso in cui sono, a preferenza dei bacilli poveri di lipoidi — il Bierast dice che, portando la membrana del *B. coli* sostanze che si lasciano intaccare dall'etere di petrolio, il bacillo viene a distruggersi, mentre resiste la membrana del bacillo tifico.

La tecnica originale è la seguente: con « tutto » il materiale fecale inviato vien fatta una emulsione con brodo sterile. (Per feci liquide, da per se emulsionate non occorre naturalmente il brodo). In un piccolo matraccio si versano 10 cmc. dell'emulsione, vi si aggiunge uno strato (un dito circa) di etere di petrolio, si agita per alcuni minuti e si lascia a temperatura d'ambiente per 15-20 ore. È necessario turare bene il matraccio e possibilmente fissarne il turacciolo, poichè nell'agitare sviluppandosi vapori d'etere di petrolio, questi possono sturare il matraccio e si arrischia ad avere l'emulsione sulla faccia coll'infezione conseguente, come è accaduto a me. Ora con pipetta sterile si aspira dal fondo del matraccio un paio di goccie dello strato più denso, che vengono portate su piastra e strisciate. Dopo 20 ore di termostato le piastre mostrano, se di feci tifose, numerosissime colonie tifiche e quasi nessuna di *coli*.

Questo metodo venne applicato subito dopo la sua pubblicazione nel nostro Ospedale e poscia lo continuai durante la guerra nel laboratorio batteriologico da me diretto. Anzitutto feci delle prove con emulsioni di colture pure che corrisposero pienamente: il *B. coli* o non si sviluppava o si sviluppava assai stentatamente. E anche mescendo l'emulsioni dei bacilli tifo e *coli* in proporzioni di 1/5, 1/10, 1/20, 1/50, 1/100 a 1, sulla piastra compariva soltanto il tifo e raramente il *coli*, che richiedeva molto più tempo per svilupparsi. Coll'etere di petrolio trattai anche colture di paratifo *A* e paratifo *B*, che Bierast non aveva esperimentato, e ceppi dissenterici.

Resistenti si mostrano il paratifo *B* e lo Shiga, mentre il Flexner, lo Strong, l'Y e anche il paratifo *A* crescevano a stento. Però microscopicamente i bacilli resistenti all'etere di petrolio non avevano più la loro forma originaria, ma involuzioni ovoidali. Il tifo e il paratifo *B* mantenevano inalterata la loro mobilità e da ciò si può dedurre che le ciglia non vengono intaccate. Il bacillo *coli* assumeva naturalmente subito, dopo pochi minuti di influenza etere-petrolea, la involuzione ovoidale e dopo alcune ore si mostrava alterato tanto da non potersi più sviluppare. Ma ci furono alcuni ceppi di *coli* che resistevano all'etere di petrolio.

Dopo le esperienze coi ceppi puri si passò all'esame della praticità del metodo colle feci dei bacilliferi tifosi. Però parallelamente al trattamento all'etere di petrolio usai la semina diretta su piastre, per vedere di quanto il nuovo metodo superasse il vecchio. Ma anche sulle piastre seminate da feci trattate coll'etere di petrolio oltre ad altra flora, di cui accenno subito, le colonie dei *coli* comparivano numerose se pur prive del solito rigoglio. Il *B. coli* misto a materia fecale resiste evidentemente di più della sua emulsione in soluzione isotonica. Ma

non era solo il *coli* a turbare lo sviluppo del tifo, bensì cocchi dilagavano rigogliosi su tutta la piastra da rendere difficile l'isolamento delle poche colonie tifiche. Di questa resistenza dei cocchi, tanto comuni specialmente in feci diarroiche, mancano cenni nel lavoro del Bierast. Difatti quasi tutti i ceppi culturali di cocchi isolati dalle feci si mostrarono resistenti all'etere di petrolio. E per quanto « Kristall-violett » aggiungesi al Drigalsky, che, come si sa, ne attenua il loro sviluppo, pure le numerosissime colonie cocciche turbavano più o meno le scarse tifiche. Ma anche dei ceppi alcaligeni ci sono alcuni resistenti, il fecale alcaligeno si comporta, come il paratifo *A*. Il solo bacillo che vien distrutto subito, avendo una resistenza di molto inferiore del *coli*, è il proteo.

Nel nostro Ospedale si esaminarono 128 feci di bacilliferi tifosi. I casi erano clinicamente evidenti, della maggior parte si aveva l'emocultura positiva e di tutti il Widal era positivo a titoli alti. Da semina diretta furono positive 38 (28.9 %), negative 90 (72.1 %). Dopo trattamento a etere di petrolio positive 45 (35.31 %), negative 83 (64.69 %). Come si vede i risultati ottenuti non sono così brillanti come ci si attendeva: la percentuale delle feci tifose trattate coll'etere di petrolio supera di assai poco la percentuale delle feci a semina diretta.

E dati gli esiti così scarsi, data la perdita di un'altra giornata nell'attesa del risultato per le 15-20 ore che esigono le feci trattate all'etere di petrolio, lasciai allora le esperienze a mezzo. Più tardi pensai di sostituire alle 15 ore di attesa consigliate dal Bierast un agitamento fortissimo all'apparato, prolungato per mezz'ora, lasciando poi a temperatura d'ambiente un'ora soltanto il materiale. Difatti la mezz'ora nell'agitatore era sufficiente a scemare lo sviluppo del *coli* come nel metodo originale. Così lavorai per diverso tempo. Ma anche altri (Mueller) che esperimentavano il metodo, trovandone la tenue percentuale in più, lo abbandonarono per il troppo lavoro che esigeva. Più tardi si pensò, dato che l'etere di petrolio ha diversi punti di ebollizione, che il nostro etere dal punto d'ebollizione fra i 70°-80° non fosse sufficiente a distruggere completamente il *coli*. E volsi subito le mie esperienze ad esaminare gradatamente i differenti eteri di petrolio. Cominciai coll'etere p. dal punto d'ebollizione fra i 130°-140° scendendo all'etere p. sotto i 50°. Difatti coll'idrocarburo a 130° i *coli* non si lasciavano minimamente influenzare, il tifo resisteva sì, ma assumeva tale rapidità di sviluppo il *coli* che in breve la piastra n'era tutta occupata. Scendendo nei punti d'ebollizione i *coli* scemavano il loro sviluppo parallelamente, si può dire, al diminuire del punto d'ebollizione. P. e., coll'idrocarburo fra i 90°-100° tanto il *coli* quanto il tifo si sviluppano con pari intensità. Coll'etere p. sotto i 50° il coli non trova più forza a svilupparsi, viene distrutto quasi completamente (eccezion fatta, s'intende, per alcuni ceppi refrattari all'influenza dell'etere di petrolio). L'etere di petrolio, dunque, adatto all'applicazione pratica, sarebbe quello dal punto d'ebollizione sotto i 50°, che distruggendo sufficientemente il *coli*, sa impedire alquanto nel loro sviluppo anche i ceppi dei cocchi.

Come l'etere di petrolio si comortarono anche gli idrocarburi della serie paraffinica. L'ottano, l'eptano avevano l'influenza stessa dell'etere di petrolio a 120°-100°. Man mano che si usavano derivati più vicini al metano, il *coli* più fortemente si lasciava impedire nel suo sviluppo. Il pentano, se mai, dal punto d'ebollizione a 38° distruggeva più completamente il *coli*, tanto da preferirlo all'etere di petrolio stesso, non menomando in nessuna maniera lo sviluppo delle colonie tifiche. È vero che praticamente il pentano dato il prezzo suo alto non si rende troppo adatto per gli esami in massa. Ma per l'uso ospitaliero dove converge soltanto il materiale dei riparti io lo consiglierei senz'altro, data la sicurezza maggiore che si avrebbe nel licenziare i guariti sbacillati veramente.

Riassumendo, trovo che merita ogni attenzione l'idea del Bierast, che, se pure colla modificazione (agitamento all'apparato) vien complicato alquanto il solito lavoro batteriologico, pure riuscendo ad isolare un numero maggiore di bacilliferi sa compensare la fatica.

I disturbi circolatorii nella infezione influenzale

per il dott. ANTONIO FORTUNATO.

Quale che sia l'agente specifico della influenza — bacillo di Pfeiffer, differenti micrococchi con caratteri morfologici diversi ed appartenenti alle specie più svariate, fra cui il minutissimo ed ultramicroscopico cocco scoperto ultimamente dal Bradford, Bashford e Wilson — resta clinicamente ed universalmente accertato, che i disturbi cardio-vascolari, anche quando altre localizzazioni dominano il quadro sintomatico, sono sempre precoci, costanti e molto notevoli; e ciò non solamente nell'attuale epidemia, ma anche in tutte le altre precedenti.

È possibile in base ai dati clinici rilevati dai caratteri sfigmografici e dal comportamento del cuore nei suoi toni e nelle sue dimensioni, te-

nendo anche presente le alterazioni anatomo-patologiche dell'apparato circolatorio, stabilire la patogenesi di tali disturbi?

Sapendo dalle ricerche sperimentali di Romberg, Pässler, Bruns, Rolly, ecc., e dalle osservazioni cliniche dello Ortner che i disturbi circolatorii verificantisi nelle infezioni in genere sono da attribuirsi principalmente o a paresi vasomotoria e consecutiva vasodilatazione nel dominio dello splancnico, od a debolezza cardiaca, a quale dei due meccanismi si debbono attribuire nell'influenza i fenomeni di collasso così precocemente verificantesi?

In altre parole è il cuore direttamente e primitivamente interessato per alterazioni funzionali od organiche, od il centro vasomotorio?

La grande affinità della tossina influenzale per il sistema nervoso è stata paragonata a quella del tetano, con l'aggravante che a differenza di quanto avviene in questa ultima infezione, il microorganismo patogeno raggiungerebbe esso stesso l'asse cerebro-spinale. Ne fanno fede i diversi processi infiammatorii verificantisi in tale tessuto

Già l'Huchard non aveva esitato ad affermare la predilezione della tossina influenzale per la cellula nervosa, per la quale secondo il Boix si avrebbe addirittura un'azione specifica. All'intossicazione del sistema equilibratore bulbare aveva il Graves attribuita la sua paralisi pulmonare, fatto confermato dall'Huchard nella patogenesi della sua broncoplegia. Alla medesima intossicazione è dovuto lo stato congestivo dei vari organi con conseguenti emorragie (epistassi, metrorragie, ecc.).

Recentemente il Dragotti, parlando dei disturbi nervosi della influenza riferisce: « Le manifestazioni bulbari costituiscono la sintomatologia più frequente anche nelle forme banali della influenza. Tuttavia si hanno casi; nei quali le alterazioni dei centri del midollo allungato appaiono più evidenti. Sono espressione di una vasoparalisi la notevole tachicardia, le congestioni polmonari vasoparalitiche con dispnea, subottusità, aumento del fremito toraco-vocale, rantoli crepitanti fini e talora anche soffio bronchiale. Si deve verosimilmente a queste congestioni vasoparalitiche la grande variabilità del reperto alla ascoltazione ed alla percussione, che si riscontra anche durante l'attuale epidemia.

Nella influenza, riferisce il Mackenzie, le alterazioni non sono limitate al cuore, come avviene di solito nelle infezioni reumatiche. I cardiopazienti infatti subiscono la influenza con le medesime reazioni degl'individui sani. Ciò confermerebbe la tesi che il virus influenzale di regola non produce un veleno deprimente l'attività cardiaca, e che i disturbi cardiaci sono dovuti ad altri fattori.

I disturbi circolatorii osservati dal medesimo autore durante la convalescenza sono riferibili secondo lui ad intossicazione del sistema nervoso centrale, la quale produce svariati fenomeni vasomotorî (mani e piedi continuamente freddi, freddo persistente dopo un'abluzione fredda, arrossamento prolungato delle mani sottoposte all'azione del caldo, deliquio in ambienti caldi, affanno, palpitazioni, ecc.).

Il polso nella influenza si presenta sin dai primordî notevolmente ipoteso. Alla ipotensione si associa quasi costantemente dicrotismo con aumentata frequenza, embriocardia (Huchard) e qualche volta il polso capillare del Quinke. Tenendo presente i segni della paresi vasomotoria, magistralmente descritti dall'Ortner, si riesce a riscontrare inoltre anche la pulsazione aortica nella fossa del giugulo e l'accentuazione del secondo tono aortico.

Difficilmente si notano, specie al principio della malattia i segni evidenti di un interessamento cardiaco propriamente detto: irregolarità ed ineguaglianza dei battiti, dilatazione del ventricolo sinistro, comparsa di un rumore sistolico, ecc., fatti questi messi in evidenza principalmente dal Krehl per indicare le alterazioni della funzione del cuore.

In conclusione, sapendosi della grande affinità della tossina influenzale pel sistema nervoso centrale e con esso pel midollo allungato, per cui diversi e svariati fenomeni bulbari, si può ritenere per sicuro, che i disturbi circolatorî, i quali si presentano all'inizio di tale malattia, siano da attribuirsi principalmente a paresi vasomotoria e propriamente a paresi nel dominio dello splancnico. Certamente quando la malattia assume una durata non breve alla intossicazione bulbare si associano in seguito intossicazione ed alterazioni cardiache, le quali coadiuveranno all'insorgenza del collasso.

Accettata dunque la ipotesi, che la patogenesi di tali disturbi circolatorii si trovi nei fenomeni vaso paralitici, si potrebbe domandare, se essi, anzichè dipendenti dalla intossicazione diretta dei centri vasomotori siano prodotti da insufficienza delle surrenali, le quali con i loro ormoni sono deputate a mentenere il tono vasale.

È oramai noto che nelle infezioni acute (Pende) così la sostanza corticale come la midollare delle surrenali, presentano alterazioni degenerative e grave diminuzione di attività. Alterazioni riscontrate anche recentemente dal Moltschanov. Essendosi riscontrata nella influenza solamente una intensa e diffusa iperemia delle surrenali, non è agevole argomentare se tale

stato iperemico sia capace di determinare una insufficienza nella secrezione interna di esse (iposurrenalismo tossico).

Vero è che nel decorso di tale malattia notano frequentemente sintomi, che potrebbero secondo il Sergent riferirsi ad insufficienza surrenale: astenia generale, ipotensione arteriosa, vomito, abbassamento di temperatura, ecc., però credo poter ripetere col Morichan-Beauchant che la diagnosi differenziale è delicata, occorrendo molte osservazioni, che permettano di vedere ciò che deve essere riferito alla insufficienza surrenale, e ciò che dev'esservi disgiunto.

Da quanto è stato sopra riferito mi pare di poter conchiudere, che data la specifica affinità della tossina influenzale pel sistema nervoso, dato che nel corso della infl., si presentano molto frequentemente svariati fenomeni bulbari, tenuti presenti i caratteri del polso e la precocità dei disturbi circolatorii, questi si debbano attribuire principalmente a paresi vasomotoria per intossicazione bulbare.

Andria (Bari).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI
(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 12 giugno 1919.

Sulla struttura dei globuli rossi dell'uomo e di altri animali (*Presentazione di preparati*).

C. GOLGI. — L'O. richiama l'attenzione dei soci sopra un particolare reperto che, mediante un delicato procedimento tecnico, può, con assoluta costanza, essere dimostrato nei globuli rossi. Tale reperto, riguardante il modo di presentarsi dei globuli rossi, corrisponde ad una fine particolarità della loro organizzazione; ma fino ad ora, per ciò che riguarda il suo preciso significato, nulla di deciso l'O. crede di poter dire.

I preparati che l'O. presenta sono in parte di sangue umano, in parte di sangue di coniglio, in condizioni normali. Essi sono di due sorta: 1° preparati per striscio, ottenuti con le comuni norme, che si possono chiamare a secco, sebbene in parte siano conservati in glicerina. Gli strisci fissati vennero poi sottoposti allo speciale trattamento di cui appresso; 2° preparati di sangue trattato, prima con i liquidi fissatori, poi sottoposto nello stesso liquido od in altro analogo, all'azione del cloruro d'oro previa acidificazione con poche goccie di acido acetico, a fine di ottenere sulle parti costitutive del globulo, le caratteristiche riduzioni che i preparati fanno vedere. È opportuno che i preparati del secondo gruppo sieno eseguiti estemporaneamente ed osservati nello stesso liquido fissatore, con l'aggiunta di una piccola quantità di glicerina.

Nei preparati del primo gruppo – strisci – per effetto della delicata impregnazione col cloruro d'oro, gli eritrociti, e non in punti isolati del preparato stesso, ma in ogni sua parte, hanno assunto un aspetto caratteristico speciale, si direbbero globuli rossi provveduti di un evidente nucleo. Pel fatto stesso che l'O. si vale di questa espressione sente di dover subito soggiungere trattarsi di apparenza non corrispondente a verità.

Il modo di presentarsi della particolarità in questione, che, per comodità di linguaggio, l'O. chiama «nucleare», e che si presenta in ogni zona del preparato, mostra caratteri un po' diversi inerenti al periodo diverso nel quale la speciale reazione viene osservata. Più di frequente trattasi di circoscritta zona centrale tondeggiante, a limiti netti, di colore, con diverse graduazioni, dal roseo al bruno più o meno intenso, in relazione col diverso periodo della reazione, di aspetto ora finamente punteggiato, ora con accenno a striatura ed a costituzione finissimamente fibrillare. Nella massima parte dei globuli, il centrale corpo nucleare è di uniforme grandezza, circa un terzo della superficie dei globuli con qualche oscillazione in più od in meno. Mentre all'inizio della reazione la zona centrale del globulo nella quale la reazione sta svolgendosi offre un aspetto velamentoso con fine punteggiatura, col progredire della reazione, si fa sempre più decisa l'impressione trattarsi di reazione non limitata alla superficie, ma occupante tutto lo spessore della parte centrale del globulo, così accentuandosi l'apparenza nucleare. Nei preparati e nei tratti di preparati ove la reazione è al suo inizio, essa dà luogo a figure circolari od a corona, di aspetto finamente punteggiato avente limiti distinti verso l'esterno, indistinti verso l'interno od anche continuantesi con un tenuissimo velamento. Non sono rare le forme nelle quali, al centro della zona circolare colorata, rimane uno spazio trasparente. La zona globulare periferica dell'eritrocite, si conserva liscia, omogenea, splendente come di norma (con certe graduazioni a seconda del procedimento impiegato e sopratutto in rapporto con la buona fissatura); essa conserva la caratteristica affinità con l'eosina, questo però a condizione di precedenti lavature preferibilmente con alcool. Nei preparati che sono rimasti a lungo sotto l'azione della soluzione fissatrice contenente del cloruro d'oro, la zona centrale, d'apparenza nucleare, si fa man mano più intensa fino a diventare quasi nera ed i suoi contorni tendono a farsi meno regolari.

Ad escludere in modo assoluto il dubbio che la speciale zona centrale, di apparenza nucleare, possa essere puramente in rapporto ad accumulo di molecole del ridotto sale metallico adoperato (cloruro d'oro) nella parte centrale dei globuli, basta l'esame di preparati del secondo gruppo, che in pari tempo rappresenta un ulteriore piccolo passo nella questione relativa all'apparente nucleo ed alla struttura dell'eritrocito. Lo speciale spediente di preparazione che conduce a questo risultato consiste semplicemente nel fare preparazioni non a secco, come per gli strisci, ma in liquido, anzi nello stesso liquido fissatore, al quale, o immediatamente o dopo 8-12-24 ore, sia stata aggiunta una piccola quantità di una soluzione di cloruro d'oro (10 cc. di tale soluzione in 50-60 cc. della miscela fissatrice). I globuli rossi così rimasti in sospensione nel liquido fissatore vi subiscono la speciale lenta e delicatissima reazione. È opportuno, ma non indispensabile che il liquido che deve tenere in sospensione i globuli rossi sia isotonico. Nei preparati estemporaneamente eseguiti al 3º–4º–8º giorno, col trasporto di una goccia di sedimento del liquido sopra un vetro porta-oggetti, nei globuli rossi si può scorgere la circoscritta parte interna, a limiti periferici ben delimitati, circondata da un cerchio periferico omogeneo, splendente, emoglobinico. Ciò che di più preciso, rispetto alla zona interna in questione, si può rilevare, è che in essa appare una struttura delicatamente fibrillare; trattasi di fibrillature di estrema finezza e con evidenza dimostrabile coi migliori obbiettivi ad immersione ed in liquido poco rifrangente (lo stesso liquido nel quale i globuli sono sospesi). La disposizione delle fibrille non è facile a precisarsi. In molti globuli certamente la disposizione è regolare in direzione trasversale con andamento parallelo. Di frequente sì fatta irregolarità non è evidente, direbbesi anzi trattarsi piuttosto di un comportamento irregolare, così da risultarne una fine struttura reticolare. Fatto quasi costante è l'esistenza di granuli, uno o più, situati senza legge dimostrabile, nello spessore della fibrillatura. Se non si può escludere che i granuli medesimi corrispondano qualche volta a punti nodali dell'apparato reticolo-fibrillare, non sono però rari i granuli situati nella zona emoglobinica periferica, al di fuori del corpo finamente fibrillare. I limiti periferici di tale corpo fibrillare, sono di regola ben distinti, senza però avere sempre la regolarità che è nota caratteristica per i corpi nucleari dei preparati per striscio: sono invece frequenti le forme irregolari bernoccolute con accenni a propaggini che direbbesi tendano a spingersi fin entro il cerchio emoglobinico periferico.

Fra gli argomenti che possono suffragare la decisa affermazione dell'oratore, che il corpo centrale, per effetto delle riduzioni del sale metallico adoperato, possa in realtà essere riferito a qualche cosa di nucleare, si può rilevare che la reazione a base di riduzione del cloruro d'oro in presenza di un acido, non è assolutamente una reazione di sostanza nucleare. Nei preparati presentati dall'O., caratteristico è il fatto che, mentre i nuclei dei globuli bianchi rimangono perfettamente scolorati, si vede invece di color roseo il loro protoplasma, e tale colore è in perfetta corrispondenza di gradazione col colore assunto dalla parte esterna (area tondeggiante–corona–anello) degli eritrociti. È interessante studiare se la fine particolarità di struttura degli elementi del sangue normale abbia un riscontro nel sangue negli stadî patologici. Tali ricerche sono in corso nel suo Istituto per parte del Dott. Boccadoro.

L'O. espone minutamente il procedimento di tecnica da lui impiegato per la ricerca, che rappresenta una derivazione dallo speciale metodo, comunicato alla stessa Società quasi 30 anni or sono, col titolo: « Di una nuova reazione apparentemente nera degli elementi nervosi ottenuta col bicloruro di mercurio » (adunanza del 2 maggio 1891).

Di alcune speciali formazioni (parassiti?) che si riscontrano nel vitello delle uova della rana esculenta (*Presentazione dei preparati*).

C. BOCCADORO. — L'O. ha fatto oggetto di una sua comunicazione la presenza di alcune speciali formazioni, che si riscontrano nel vitello delle uova di giovani rane della specie rana esculenta.

Discussione. — Sulle comunicazioni del professor Golgi prende la parola la dott. BOCCADORO.

L'O. avendo avuto la fortuna e l'onore di osservare lo svolgimento delle interessantissime ricerche del prof. Golgi riguardanti il sangue normale, ha sentito subito il desiderio, com'è naturale, di trasportare queste ricerche dal campo normale a quello patologico. Ed ha infatti iniziato una serie di osservazioni sul sangue anemico e su quello di diversi altri stati patologici del sangue. Ma è più semplice e si fa più presto a pensare certe esperienze che tradurle in pratica.

L'O. non sarebbe nel vero se dicesse di non avere ancora avuto nessun risultato; ha veramente già ottenuto qualche cosa, ma non tanto che le permetta trarne delle conclusioni. Nel sangue anemico clorotico ha potuto mettere in evidenza, con una certa frequenza, nei globuli bianchi il centrosoma. Si presenta come un granulo nero, che per il suo aspetto, per l'alone chiaro che lo circonda, per la sua sede tipica nella concavità del nucleo (in quei leucociti che presentano il

nucleo a ferro di cavallo) può essere veramente considerato come un centrosoma. E come tale l'hanno riconosciuto anche alcuni Maestri, a cui l'O. ha avuto il piacere di mostrare il preparato.

Quanto alla reazione centrale dei globuli rossi, devo dire che dapprima la reazione non riusciva in sangui anemici (ma forse questo era in relazione con la secchezza dello striscio fatto già parecchio tempo prima); recentemente invece in un sangue di anemia secondaria, pare che la reazione sia nettamente positiva con qualche lieve modificazione del reperto normale.

Anche la fibrillatura dei globuli rossi pare sia una reazione positiva, forse un po' più accentuata nel sangue patologico. Non è possilibe però, per ora, di trarne conclusioni, giacchè i reperti non hanno ancora quella costanza e quella evidenza che sono necessari per poter giungere ad una affermazione. Si farà un dovere però, appena potrà avere dei dati più sicuri, di comunicarli alla Società. A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Singhiozzo in emorragia meningea nel corso di una nefrite ipertensiva.

Il singhiozzo è stato osservato in varie affezioni cerebrali: in emorragie con inondazione ventricolare, in tubercoli cerebrali, in tumori bulbo-protuberanziali. Lamy in tal caso pone il singhiozzo a fianco degli accidenti cardio-respiratorî di origine centrale. Gandy e Lévy-Valensi lo osservarono nel corso di una meningite tubercolare, e l'attribuirono ad irregolarità del ritmo respiratorio per anormale eccitazione dei centri bulbari, in conseguenza di una loc lizzazione basilare peribulbare. Il singhiozzo degli uremici trova spiegazione nell'intossicazione dell'encefalo e del bulbo, analogamente al respiro di Cheyne-Stokes, ed agli altri disturbi respiratorî. Spesso si osserva il singhiozzo nell'anuria dei calcolosi.

J. Tapie (*Gaz. des Hôp.*, n. 33 - 1919) lo ha riscontrato nel corso di una intossicazione epatorenale acuta con iperazotemia, e, recentemente, nel corso di una di quelle « epistassi meningee » (come da Vaquez e da Enneni son chiamate), in una di quelle emorragie meningee cioè che l'osservazione clinica svela oramai così frequenti.

Nel caso in questione si trattava di un uomo di 59 anni, cameriere in un caffè prima, impiegato poi, strenuo alcoolista, nei cui antecedenti morbosi, sia ereditari che personali, non risultava nulla.

Tre mesi prima dell'ingresso nella clinica di Tolosa ebbe un accesso di vertigine con debolezza agli arti inferiori.

Il giorno dopo, non rimanendo traccia del disturbo, riprendeva le normali occupazioni. Entra in clinica il 19-2-19 lamentando da una settimana un senso di stanchezza, e, da 5 giorni, un penoso singhiozzo sopravveniente ad accessi il giorno e la notte, non accompagnato nè da vomito nè da rigurgito, ostinato talmente da fargli sospendere il lavoro.

All'esame obiettivo notavasi di importante un debordamento dell'ottusità aortica di 1 cm. oltre il bordo destro dello sterno, il 2º tono aortico forte, il polso regolare, teso, duro. Fegato aumentato di volume. Nulla a carico nè della motilità, nè della sensibilità. Dei riflessi, abolito il faringeo, deboli i tendinei, normali gli altri. Albuminuria.

La compressione del frenico non arresta il singhiozzo.

Tre giorni dopo, ai fatti precedenti si aggiunge miosi ed una emiparesi d. con lieve partecipazione del 7º inferiore, ed in seguito, alito fetido, acetonico; Kernig leggero; urine con acetone.

Praticata il 24-2 la puntura lombare, fu estratto liquido incolore, a forte pressione, iperalbuminoso, con linfocitosi e globuli rossi.

Il singhiozzo scompare subito dopo la puntura, ma la sera peggiorando le condizioni, si rende necessario un salasso di 500 gr. di sangue, in seguito al quale il miglioramento fu manifesto; l'azotemia risultò di 1.625.

A 24 ore di distanza ricompare il singhiozzo. Praticata una 2ª puntura lombare fuoriesce liquido emorragico con rari linfociti e 0.66 di urea.

Il singhiozzo scompare di nuovo.

Nei giorni seguenti la diuresi migliora, l'emiparesi regredisce, il singhiozzo non ricompare.

Il 5 marzo nuovamente sonnolenza, alito fetido, Kernig, anisocoria; salasso di 400 gr. di sangue (azotemia 0.370); segue immediato miglioramento.

La puntura lombare dà esito a liquido a pressione aumentata con lieve linfocitosi, iperalbuminosi. Qualche giorno dopo regressione quasi completa dell'emiparesi, l'albuminuria diviene intermittente, ed un'ultima puntura lombare all'infuori di un lieve aumento di pressione del liquido mostra un liquor normale. Il malato torna a dieta normale.

A spiegare il singhiozzo, in questo caso, l'A. invoca l'elemento meccanico rappresentato dalla compressione bulbare determinata dalla emorragia meningea, e ciò 1º) per la scomparsa immediata del singhiozzo constatata due volte in seguito alla puntura lombare decompressiva; 2) la ripresa del singhiozzo nel momento della seconda emorragia allorchè l'azotemia era divenuta normale.

L'A. riconosce però che la patogenesi nel caso in menzione è più complessa, e risulta e dall'intossicazione bulbare (iperazotemia) e dalla compressione bulbo-protuberanziale (emorragia meningea). MONTELEONE.

Afonia isterica associata con sifilide.

C. Wolf e E. G. Breeding (*Journ. Amer. med. Assoc.* 1 marzo 1919) riportano la storia di un soldato di 36 anni che dopo un raffreddore ed una eruzione diagnosticata morbillo, ebbe raucedine, tosse e, poco dopo, perdita della voce.

Dopo parecchie reazioni di Wassermann negative, se ne ottennero due positive: il paziente confessò poi di avere avuto un'ulcera al pene, molti anni or sono. Venne istituito allora un trattamento specifico; in seguito al quale la reazione di Wassermann divenne negativa, mantenendosi tale. Permaneva però l'afonia: l'esame laringologico non rivelava nulla di anormale tranne la ipertrofia cronica delle tonsille; all'esame neurologico si notò leggera esagerazione del riflesso rotuleo, segno di Romberg manifesto, segno di Babinski e clono del piede assenti. Negative tutte le altre ricerche cliniche e biologiche. Dopo qualche tempo venne esaminata la laringe sotto narcosi eterea, preavvisandolo che gli sarebbe stata fatta l'operazione: al risveglio ricominciò a parlare ed in seguito gli ritornò la voce normale.

Nella diagnosi differenziale gli AA. escludono la laringite acuta o cronica (per il fatto che nessun miglioramento si ottenne con la cura locale) la laringite tubercolare (inizio subitaneo, assenza di dolore e di segni laringei e polmonari), tumori (esame laringologico negativo) e la neurite intestiziale sifilitica del ricorrente (nessun miglioramento con la cura specifica). Non rimane che la diagnosi di afonia isterica confermata dalla rapida guarigione dopo anestesia.

r. s.

Segni premonitorî dei parossismi epilettici.

Sono generalmente caratteristici per ogni caso ed identici in ogni individuo, pur senza essere infallibili, nel senso che non sempre tien dietro ad essi l'accesso: però è raro che questo si produca senza essere preceduto da quelli.

Possono dividersi in cinque categorie:

1) *Segni sensitivo-sensoriali.* — Sensazione di freddo o di caldo, solletico ad una narice, alla pelle prurito genitale, dolori allo scroto, sensazione di picchiettamento sulla superficie cutanea. Dal lato degli organi dei sensi, fotofobia, fosfeni, ronzii agli orecchi, iperacusia, sensazioni per lo più sgradevoli del gusto e dell'odorato.

1) *Segni circolatorî.* — Pallore o congestione del volto, rossori circoscritti, eruzioni di orticaria, edemi delle mani, con cianosi.

3) *Segni motorî.* — Sintomi di eccitazione, come tremori, scosse muscolari, stridore dei denti, ammiccamento degli occhi; talvolta invece stanchezza muscolare, indolenzimento, pesantezza degli arti, imbarazzo della parola, fino all'afasia.

4) *Segni viscerali e secretorî.* — Disturbi digestivi (lingua saburrale, perdita d'appetito, bulimia, costipazione), respiratorî (senso di oppressione, di soffocazione, di bolo alla gola, da non confondersi con l'isterico, sbadiglio, tosse incoercibile); palpitazioni, tachicardia, ipertensione, crisi di salivazione: nella sfera genitale erezioni e polluzioni. Inoltre è stata segnalata l'ipotossicità delle urine e l'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano.

5) *Segni psichici.* — Cambiamento di umore e di carattere, uno o due giorni prima della crisi, irritabilità, tristezza, depressione, angoscia, sonno agitato, con incubi, o pesante e prolungato.

Oltre a questi sintomi premonitorî già conosciuti, P. Hartenberg (*Presse médicale*, 17 aprile 1919) ne cita altri che ha osservato in diversi ammalati. In alcuni, uno od entrambi gli occhi si fanno più brillanti, con midriasi pupillare, oppure mostrano strabismo convergente. In altri si notano arrossamenti del naso, delle orecchie (specialmente dal lato dove si hanno le convulsioni più forti. Oppure si ha cianosi delle guancie, battiti all'epigastrio; altri hanno costantemente raffreddore, che scompare due giorni prima della crisi; altri invece elevamenti di temperatura di circa ½ grado; un altro individuo osservato dall'A. esponeva prima della crisi, dei grandiosi progetti per l'avvenire.

Questi prodromi curiosi non hanno soltanto valore documentario, ma anche una certa utilità pratica, poichè preavvisando l'ammalato od i famiamiliari della crisi imminente, possono prevenirne i pericoli. Sarebbe opportuno ricercare, per ogni ammalato, questi piccoli segni lievi e curiosi, i quali indicano che in ogni epilettico il parossismo è preparato da modificazioni intime, che si manifestano con variazioni funzionali.

r. s.

TERAPIA.

Trattamento ambulatorio delle ulceri croniche della gamba.

Contro questa noiosa infermità, che mette a prova la pazienza del medico e del malato, V. Audibert e Fouquet (*Presse méd.*, 8 maggio 1919) consigliano il metodo seguente.

Si fa preparare la miscela:

Gelatina; ossido di zinco, amido	anagr.	10
Glicerina; acqua	anagr.	40
Silicato di potassio	gr.	100

Vi si aggiunge un po' di sublimato o di acido salicilico per la imputrescibilità. Vi si immergono delle fascie di garza un po' resistenti, pre-

cedentemente bollite, che poi si conservano in vaso chiuso. Al momento dell'uso si rammolliscono in acqua bollita alquanto calda e si spremono.

Dopo aver ben detersa la piaga, con acqua bollita, la si spolvera con una sostanza inerte, e si proteggono i margini con delle striscioline di sparadrappo, che evita lo strappamento della epidermide neoformata, quando si leverà l'apparecchio. Se la piaga è suppurante, si proteggono i tessuti vicini con una pasta, in modo da impedire l'irritazione e la macerazione della pelle.

Si fa poi la fasciatura circolare incominciando dalle dita per ricoprire tutta la gamba; si eviti una costrizione, pure esercitando, in caso di edema, una leggera compressione, gradatamente decrescente dal basso all'alto. Si può poi assicurare l'apparecchio con altra fascia leggermente elastica. Nel caso di piaghe molto sporche si rinnova l'apparecchio ogni 4 giorni e poi ogni settimana.

Qualche ora dopo l'applicazione, l'ammalato non ha più sofferenze, e può anche attendere alle sue occupazioni; dopo qualche medicatura, specie se l'individuo ha camminato, l'edema è scomparso, la suppurazione è cessata, la piaga si è detersa e si va ricoprendo di epidermide neoformata; nel caso di granulazioni esuberanti, si toccano con nitrato d'argento. Raggiunta la guarigione, che anche in casi inveterati si osserva dopo 2-8 settimane, si farà portare una fascia elastica, da preferirsi alla calza per varici. Nel caso di semplice edema da varici, i risultati si ottengono ancor più rapidamente.

fil.

L'uso terapeutico del muschio.

Il muschio consiste nella secrezione dei follicoli prepuziali del *Moschus moschiferus* ed è stato consigliato come deodorante, antispasmodico, stimolante diffusibile, sedativo, afrodisiaco.

Trousseau lo raccomandava specialmente nella polmonite degli alcoolisti, con sintomi cerebrali, Albutt e Rolleston lo considerano come un buon stimolante, da sostituirsi alla canfora. Elsner lo ha trovato molto utile a dosi di sei centigrammi ogni 2–3 ore, nelle condizioni di grande prostrazione con singhiozzo.

La preparazione migliore del muschio è la tintura, che si prepara, secondo C. Allen (*Medical Record*, 1º marzo 1919) con 5 grammi di muschio, 45 cmc. di alcool, 45 cmc. di acqua, aggiungendo poi alcool diluito fino a 100 cmc. La dose da somministrare è di 4 cmc.

Uno dei gravi ostacoli contro l'uso del muschio è il suo altissimo prezzo, dovuto alla sua scarsità: l'A. calcola che agli Stati Uniti, prima della guerra, ogni dose di circa 90 centigrammi costava una ventina di lire; si comprende che ripetendole circa tre volte al giorno si arrivava a somme abbastanza elevate. In ragione del prezzo esso viene spesso falsificato sia con radici di certe piante, sia con organi di certi ratti: è stata anche fabbricata sinteticamente una sostanza — il triterziario butiltoluene — chiamata muschio artificiale. Tutte queste sostanze però, se hanno un odore simile a quello del muschio, non ne hanno nessuna delle proprietà mediche.

L'uso del muschio in medicina si basa unicamente su nozioni empiriche non controllate da alcuna osservazione, nè da alcuna esperienza: il principio attivo non è mai stato isolato. La sua azione più importante sarebbe analoga a quella della canfora, che è più nota e più accessibile e quindi *da preferirsi*.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Solfati e nutrizione.

Quasi tutti i cibi contengono costituenti minerali od inorganici — di sodio, potassio, calcio, magnesio, ferro, cloro, iodio, zolfo, fosforo — che si crede siano indispensabili per la nutrizione. La proporzione dei vari elementi varia moltissimo da un cibo ad un altro: così il latte è ricco di calce e povero di ferro; viceversa i cereali e la carne; anche la distribuzione del sodio e del potassio presenta fortissime oscillazioni. Pochi sono i cibi artificialmente privati di tutti i costituenti minerali: così lo zucchero e gli oli.

Osborne e Mendel (*Journ. Biol. Chem.*, 19 apr. 1918) hanno dimostrato l'attitudine straordinaria dell'organismo ad adattarsi a quantità variabilissime di sale comune, ed avanzano l'ipotesi che questo comportamento possa aver luogo anche per altre sostanze minerali.

Fatta forse eccezione per il calcio e per il fosforo, nulla sappiamo sui bisogni minimi, da parte dell'organismo, dei vari elementi.

Una nozione è stata precisata da Daniels e Rich (*Ibidem*, 1918, p. 27): cioè gli elementi minerali, quali si trovano allo stato naturale nei cibi, non sono sempre in grado di essere utilizzati convenientemente dall'organismo; in altri termini, non soddisfano sempre a condizioni ottime di utilizzazione.

Difatti, malgrado la diffusione e l'abbondanza dello zolfo inorganico nei cibi, esso non è in grado di andare a costituire i complessi organici contenenti zolfo dell'organismo: par es. gli animali non sono in

grado di utilizzare i solfati per sostituire lo zolfo della cistina, amino-acido di grande importanza nella nutrizione, derivato dalle proteine.

Lo zolfo dev'essere fornito dalle proteine perchè sia utilizzabile. Queste dunque non forniscono all'organismo l'azoto, la cui importanza è fondamentale per la nutrizione, ma anche gl'indispensabili gruppi solforati.

(Dal *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 8 febbr. 1919).

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1103). *Il novarsenobenzolo nella malaria.* — Al dott. M. B. da O.: – Il novoarsenobenzolo è stato adoperato nella malaria da parecchi anni. Tutti gli autori sono concordi nel rilevare che con iniezioni endovenose di novoarsenobenzolo (0.45-0.60) si riesce ad avere ragione rapidamente della febbre, mentre dal circolo scompaiono i parassiti asessuati. Contro i gameti fino a poco tempo fa il rimedio è stato trovato inefficace. Ma l'arsenobenzolo non si mostrava migliore della chinina nel prevenire le recidive, sicchè il suo uso era limitato solo ai casi, nei quali o da parte del malato vi erano segni di intolleranza chininica, oppure nelle emoglobinurie da chinino in malarici.

Durante la guerra è stato adoperato, specialmente in Germania, contro parassiti chinino-resistenti, con buoni risultati. È stata riconosciuta anche la sua grande utilità nei malarici cronici, con anemie secondarie gravi, ed il fatto era prevedibile per le note proprietà stimolanti sugli organi ematopoietici, che il salvarsan mostra, specialmente in piccole dosi. Recenti studi, non ancora controllati, avrebbero messo in evidenza che il novoarsenobenzolo è attivo contro i gameti di *plasmodium vivax*, non ha azione parassiticida contro le *semilune* e contro i gameti di quartana; anzi, dopo le iniezioni endovenose del rimedio, spesso si vedono pullulare in circolo numerosi gameti semilunari che prima, in esami precedenti, non erano stati rinvenuti.

Per la insufficienza del rimedio nel prevenire le recidive, e nel liberare il malarico dai gameti, il novoarsenobenzolo non può essere sostituito alla chinina, ma al più essere ad essa associato (cura chinino-arsenobenzolica) nel decorso della lunga cura di particolari malarici.

Tra i più recenti contributi potrà riscontrare Schittenelm e Schlecht *D. M. Woch.* 18 marzo 1918 Lehotay *D. M. Woch.* 17 genn. 1918; Mandochi e Maule, *Munch. Med. Woch.* N. 7, 1918. *t. p.*

(1104). *Puntura lombare.* — Al dott. A. G. da V.: In ogni trattato di chirurgia, di medicina operatoria, di patologia medica, di tecnica medica anche non moderna, troverà indicazioni sufficienti e precise per l'esecuzione della puntura lombare.

Così nella patologia del Bergmann e Bruns, nella patologia medica dello Strümpell (nota del professor Ceccherelli), nella semeiotica del Déjerine, nel vol. 1°, sul midollo spinale, del trattato di Brouardel e Gilbert, per citare i libri più comuni.

Le considerazioni sulla semeiologia del liquor o sulle indicazioni curative vanno cercate nei corrispondenti capitoli; così per la semejologia sono utili i libri di neuropatologia, per la semeiologia e per la cura i capitoli sulle meningiti (v. p. e.: Mohr e Staehelin: meningite cerebro spinale).

t. p.

(1105) *Punti dolorosi nella colelitiasi.* — All'abb. n. 888:

1) Ipocondrio destro; 2) ipocondrio sinistro; 3) epigastrio; 4) regione iliaca destra; 5) sotto l'arco costale destro; 6) angolo della scapola destra e regione inerscapolare; 7) sommità della spalla destra; 8) regione lombare destra.

fil.

(1106) *Igiene navale. Patologia esotica.* All'abb. n. 4739:

G. M. Belli; «Igiene navale». Milano, Società Editr. Libr., 1905 (L. 12,50).

P. Manson: «Manuale delle malattie dei climi caldi», Ibidem, 1911 (L. 20).

F. Rho: «Malattie predominanti nei paesi caldi». Torino, 1896, Rosenberg e Sellier. R. B.

(1107) *Manuali per l'ufficiale sanitario.* — All'abb. n. 8209:

Si è già risposto molte volte; il «Manuale dell'Igienista» di A. Celli, con la collaborazione di altri (4 volumi; Unione tip. ed. Torino) risponde bene allo scopo.

l. b.

(1108) Al dott. R. M. - S. Vendemiano.

Anile Antonino. «Trattato di Anatomia topografica; Unione tip. editrice, Torino.

l. b.

(1109). *Periodici italiani di odontologia.* — Al dott. G. P., Zona di guerra:

«Annuali di Odontologia» direttore prof. A. Chiavaro; Roma, via Veneto, 51; «La Stomatologia» direttore dott. R. Roselli; Milano, via Carlo Cattaneo, 2. L. P.

(1110) All'abbonato 980.

Per manuali di propaganda e volgarizzazione dell'igiene si è risposto nel n. 23.

l. b.

Erratum. — Prof. G. Sabatini: Moderne vedute sull'etiopatogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale. – A pag. 677, 2ª colonna, riga 43, leggasi: *iperemia sclerale e congiuntivale*, invece di: *iperemia corneale e congiuntivali*.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Prof. V. GIUDICEANDREA. *L'esame degli organi del petto e dell'addome.* Un vol. in-16 di pag. 254. Roma, presso l'Amministrazione del « Policlinico ». 1919. L. 9.

Il libro che il prof. Giudiceandrea presenta agli studenti ed ai medici pratici è piccolo di mole ma ricco di sostanza: due pregi che, quando s'accoppiano, si esaltano vicendevolmente.

Questo manuale porta in sè l'impronta di un insegnante, che è a lungo vissuto in mezzo agli studenti imparandone a conoscere i bisogni e le tendenze. Ed è sopratutto fra la scolaresca, ne siamo certi, che questo libro avrà la fortuna che merita.

Ciò che è anzitutto lodevole nell'opera del Giudiceandrea è la chiara visione che egli ha avuto della materia, che si propone di trattare e che ha quindi distribuita con un perfetto senso di proporzione dividendola in tre parti: 1ª *Esame dell'apparato respiratorio;* 2ª *Esame dell'apparato circolatorio;* 3ª *Esame degli organi addominali.*

In ciascuna di queste parti l'autore, con un criterio personale assai opportuno ed indovinato, ha voluto eliminare l'inconveniente derivante dal trattare insieme quanto nell'esame fisico è comune a tutte le malattie con quelle indagini che sono speciali per ogni forma morbosa; quindi ogni volta ha trattato prima la semeiotica generale, e poi, in tanti paragrafi separati, le singole modalità dell'esame fisico nelle diverse malattie dei relativi apparati. È evidente come, con una simile disposizione nello svolgimento, si vengano a raggiungere tre effetti: la completezza delle diverse trattazioni, avendosi ogni volta sottocchio tutto quanto occorre per farsi il concetto d'insieme di un dato argomento; la rapida semplificazione, non occorrendo di andar a cercare qua e là nel libro quanto riguarda ogni singola malattia, la brevità, evitandosi inutili ripetizioni.

Ogni capitolo è preceduto da sobri ricordi anatomici, avendo avuto l'autore una particolare cura nel fissare la posizione, i rapporti e sopratutto la proiezione esterna dei vari organi, aiutato in ciò da numerose e chiare figure schematiche, ed è chiuso dalla desuzione degli esami funzionali, che a ciascun apparato si ricollegano, nella scelta dei quali si rivela ancora lo spirito pratico del libro, essendo eliminato quanto richiede tecniche, che non tutti possono o devono possedere, ed istrumentari che non sono nella dotazione corrente della pratica.

L'autore che conosce quanto ardua sia l'arte del medico, non manca in ogni occasione di rilevare le difficoltà degli esami e di mettere sull'avviso circa le interpretazioni; di guisa che il lettore, oltre che imparare i dati obiettivi della scienza, assorbe insensibilmente qualche cosa, che contribuirà poi a formare in lui le principali doti del medico: la prudenza e la critica. *g. s.*

MASOTTI Prof. A. *Il Mesotorio.* Un vol. in-16°, di pag. 129, con 49 incisioni, rilegato. U. Hoepli ed. (Manuali Hoepli), Milano. Prezzo L. 2.

Il **mesotorio come il radio è dotato di raggi** ultrapenetranti, i quali vengono utilizzati a scopo terapeutico nella pratica medica. Esso sarebbe da preferirsi al radio perchè oltre il minor costo può fornire apparecchi molto più forti in raggi.

L'A., nel suo lavoro, descrive l'azione di questo importante elemento, gli apparecchi usati, e mette in rilievo l'importanza del mesotorio fin qui poco riconosciuta. Nella parte speciale tratta poi l'applicazione pratica, che fornisce buoni risultati nel lupus, nel cheloide, nelle neoformazioni maligne, in varie dermatosi semplici (psoriasi, eczema cronico) ed in varie altre affezioni, tra cui, come ci risulta da comunicazioni personali ricevute, annoveriamo anche le congiuntiviti granulose. Numerose fotografie dimostrano chiaramente i buoni risultati ottenuti. *r. s.*

VARIA.

Il potenziale nervoso. — P. Voivinel (*Progrès Médical*, 22 ott. 1918) sostiene che ogni uomo nasce con un certo grado di sensibilità e di affettività, o, in altri termini, di *potenziale nervoso.*

Questo si manifesta in varie guise; ma come il succo degli alberi cerca sempre di espandersi, vincendo ogni ostacolo.

Charcot, Janet, Freud, hanno dimostrato le conseguenze dannose che si determinano ostacolando queste manifestazioni, « bloccando l'affetto »: allorchè l'eccitamento, l'energia potenziale, non riesce a tradursi in atto per le vie naturali e non può essere dissipata per intero nella *routine* ordinaria della vita, si esprime in piccole manie, in passioni morbose e qualche volta anche in manifestazioni artistiche. Tra i medici il « potenziale nervoso » trova spesso un diversivo nell'arte; sono legione i medici consacratisi alla letteratura, alla pittura, alla plastica ecc. Voivinel cita tutta una serie di medici francesi, drammaturghi, poeti, novellieri...; chiude la lista con Charles Richet, lo scopritore del principio della sieroterapia e dell'anafilassi, il fisiologo insigne, che ha ottenuto dei premi accademici per le sue produzioni poetiche.

Queste manifestazioni « collaterali » servono di « drenaggio » al potenziale nervoso. Non vanno, dice l'A., al di là della « mestruazione dell'affetto »...

Così egli conclude il suo curioso articolo: « una pianta fiorisce, l'altra cestisce: quale ha maggior merito? È questione di opinioni. Domandatene al bruco ». R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze — a norma di quanto fu deliberato nel Convegno Regionale 4 maggio u. s. — ha inviato agli Ordini ed alle Associazioni Mediche della Toscana un *questionario* riguardante il progetto di legge sulla *Assicurazione contro le malattie* che sta per essere discusso dalla Commissione Governativa.

Il questionario riguarda: 1° il principio che informa la legge; 2° le modalità dell'assistenza medica (visite di controllo o assistenza sanitaria completa?); 3° le richieste dei singoli Consessi interpellati; 4° nomina dei medici fiduciari (per concorso? Senza limiti di età? In quale altro modo?); 5° le modalità del pagamento (a visita od a *forfait*?); 6° la facoltà di scelta del medico; 7° altre proposte ed osservazioni eventuali.

Le indennità ai medici assimilati.

Il Ministro della Guerra ha stabilito che ai medici assimilati le indennità di congedamento sono dovute, abbiano essi o no, prestato servizio nell'esercito mobilitato.

I Medici condotti dell'Umbria.

Si è tenuto a Terni un Convegno di rappresentanti delle sei Sezioni circondariali dei M. C. dell'Umbria, sotto la presidenza del dott. Feliziani.

Si è costituita la Federazione fra le Sezioni Umbre, chiamando a far parte del Consiglio direttivo i presidenti delle sei Sezioni circondariali.

Dopo animata discussione si è deliberato alla unanimità di presentare ai Comuni della Provincia la domanda collettiva della *trasformazione delle attuali condotte piene in residenziali,* proponendo alle Amministrazioni comunali un capitolato-tipo, redatto secondo il seguente schema:

1. Condotta per i soli poveri, considerando come povere quelle famiglie che, a norma di legge, hanno diritto alla somministrazione gratuita dei medicinali.

2. Stipendio iniziale di lire 6000 annue per i primi 1500 poveri, non compresa in esso l'indennità caroviveri, più lire 2 per ogni povero oltre i primi 1509.

3. Nelle condotte di disagiata residenza o di disagiato servizio è aggiunta una indennità annua di lire 1000.

4. Nelle condotte che abbiano un numero di abbienti inferiore ai 500 è corrisposta una indennità di residenza povera di lire 1000 annue.

5. Mezzo di trasporto, per i soli poveri, a carico del Comune.

6. Aumenti quinquennali di un decimo dallo stipendio, salvo i diritti acquisiti e la liquidazione dei quinquebbi maturati.

7. Dove non sia possibile l'istituzione di uu servizio notturno separato, retribuzione speciale da parte del Comune delle visite di notte fatte ai poveri.

8. Assicurazione del medico contro gli infortuni professionali a carico dei Comuni.

9. Ogni supplenza retribuita in misura uguale a quella del medico supplito.

10. Retribuzione separata di ogni servizio non strettamente di condotta.

11. Istituzione del riposo quindicinale con supplenza da farsi dal medico della condotta vicina.

12. In caso di gravi ed estese epidemie, corresponsione, ai medici condotti, della stessa indennità epidemia che venisse concessa dalla Direzione generale di Sanità civile ai propri medici inviati in servizio antiepidemico.

I Comuni saranno invitati a deliberare entro due mesi la detta trasformazione. Qualora trascorso il termine dato non si fosse ottemperato alla deliberazione richiesta, il Comitato direttivo della Federazione delle Sezioni Umbre stabilirà definitivamente i mezzi che tutta la classe si impegnerà solennemente di seguire.

Si è deliberato l'istituzione di un *fondo di resistenza* pes la lotta a formare il quale, ciascuno inscritto alle Sezioni Umbre, verserà la somma di lire 200.

Si è chiusa la seduta con l'approvazione dei seguenti Ordini del giorno da inviarsi:

1. Alle LL. EE. i Ministri di agricoltura, dell'industria, del commercio e lavoro:

« La Federazioue provinciale Umbra dell'Associazione nazionale dei medici condotti plaude all'indirizzo svolto dal presidente gener. dott. Martinelli presso la Commissione di studio per l'assicurazione contro le malattie e fa voti perchè:

« *a*) la legge trovi pronta attuazione secondo le dette direttive;

« *b*) le condotte mediche siano di conseguenza abolite e l'assistenza sanitaria ai lavoratori e ai poveri sia còmpito dei medici fiduciari delle assicurazioni sociali pagati non a *forfait*, ma a misura della prestazione d'opera;

« *e*) i medici condotti passino di diritto fiduciari delle istituende Casse di malattia;

« *d*) ad essi siano conservati tutti i diritti acquisiti dalla vigente legislazione sanitaria ».

2. Alle LL. EE. i Ministri dell'agricoltura, dell'industria, commercio e lavoro:

« Il Convegno delle Sezioni Umbre dell'Associazione nazionale medici condotti, riuniti in Terni il 15 maggio c. a., di fronte ai sovraccarichi di prestazione d'opera, accumulati, nella legge sugli infortuni agricoli, a carico dei medici condotti, protesta vivamente contro le inique e non compensate esigenze; dichiara di agitarsi, di adottare ogni mezzo, non escluso *in estremis* il rifiuto collettivo e di non desistere dalla agitazione se non ad equità ristabilità ».

3. Alla Presidenza centrale dell'Associazione nazionale medici condotti:

« La Federazione provinciale Umbra dell'Associazione nazionale medici condotti, associandosi ad analogo voto della Sezione milanese M. C. dà mandato alla Presideuza di chiedere al Governo:

« *a*) che venga riconosciuto alla Associazione nazionale M. C. il diritto di rappresentanza nel Consiglio di amministrazione della Cassa pensioni;

« *b*) che vengano aumentate le irrisorie attuali pensioni proporzionatamente all'aumento del costo della vita;

« *c*) che venga a tale scopo aumentato il contributo annuo dovuto dai medici condotti alia Cassa pensioni da lire 132 a lire 300, e quello dei Comuni da lire 132 a lire 600, analogamente al trattamento che lo Stato fa ai propri impiegati;

« *d*) che vengano computati gli anni di servizio prestati presso pubblici ospedali e, come per gli impiegati dello Stato, tutti gli anni prestati in servizio militare e al doppio quelli in servizio di guerra ».

I Medici condotti del Salernitano.

Il giorno 8 giugno si riunirono in gran numero i medici condotti della provincia di Salerno, e moltissimi altri aderirono all'importante convegno, promosso dal presidente dell'Ordine, dott. Talarico, dal prof. Pietro Copasso, direttore del « Pensiero Sanitario », e dal dott. Resciniti, medico condotto di Rossigno.

Fu deciso anzitutto di costituire la Sezione Salernitana dell'Associazione Nazionale dei M. C., aderendo alla Federazione Meridionale di Napoli. Dopo approvato il regolamento interno si passò alla elezione delle cariche. Alla presidenza fu chiamato il dott. F. Resciniti.

Infine, su proposta del dott. Resciniti, fu approvato alla unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Sezione Salernitana dell'Associazione Nazionale dei M. C. riunita in solenne assemblea il giorno 8 giugno, aderendo pienamente al voto dell'Associazione Nazionale espresso nel convegno ultimo di Roma, considerato che le condizioni fatte dalle necessità attuali di vita, già indecorose, sono rese sempre più insopportabili, chiede perentoriamente l'*abolizione della condotta piena* ed un *minimum di stipendio* in L. 6000 per le condotte residenziali, ed afferma la recisa determinazione di ricorrere a qualsiasi mezzo ove tale minimo di richieste non venga accettato entro un termine di mesi tre ».

Fu dato incarico ad apposita Commissione di presentare ed illustrare questo ordine del giorno al Prefetto della provincia per poter poi determinare la condotta da seguire.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7862) *Inscrizione all'ordine di sanitarii.* — Dottor G. Z. da C. L'inscrizione all'ordine dei sanitari della Provincia è obbligatoria sotto pena della inibizione dell'esercizio professionale.

(7863) *Acquisto di medicinali.* — Dott. V. C. A. da C. M. Nulla si oppone che a Ella acquisti da una casa di prodotti chimici i medicinali che possono occorrere per la sua famiglia. Si andrebbe incontro a contravvenzione nel solo caso che gli acquistati medicinali fossero somministrati ad infermi estranei sia a domicilio sia in ambulatorio.

(7864) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. F. da C. di M. La Prefettura si inganna perchè l'indennità caro-viveri deve essere corrisposta da ogni Comune presso cui il medico fa servizio di condotta. Unica condizione cui la relativa corrisponsione è sottoposta nel Comune ove non è titolare, è che il posto sia previsto nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare, cioè mancante e non già assente perchè chiamato sotto le armi. Se si trova nelle condizioni volute ricorra contro il Decreto del Prefetto al Governo del Re. L'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio 1918 è facoltativo pei Comuni.

(7856) *Cura ed assistenza medica prestata ai profughi di guerra.* — Dott. A. B. da P. Per la cura ed assistenza sanitaria che si presta ai profughi di guerra non compete alcun speciale compenso ai medici condotti a carico dei Comuni. I Prefetti sono, però, autorizzati a concedere ad intervallo di tempo dei congrui compensi in ragione del

lavoro sostenuto dal sanitario. Si rivolga, pertanto al Prefetto della Provincia.

(7857) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. P. da N. Ella ha diritto alla indennità mensile di lire 100 se ammogliato, giusta quanto dispone il D. L. del 9 marzo 1919, che rese obbligatoria pei Comuni la concessione di essa a decorrere dal 1º gennaio ultimo. In caso di rifiuto o di ritardo del Comune nel rilascio del relativo mandato, ricorra alla G. P. A. pei conseguenti provvedimenti di ufficio.

(7858) *Modifiche al capitolato sanitario.* — Dottor F. F. da C. L'articolo 13, dell'ultimo capitoldto, che, come Ella assicura, non fu notificato al medico e al chirurgo condotto, dichiara che il detto capitolato sarà applicato nei singoli casi della nomina dei nuovi condottati del Comune. Poichè Ella trovavasi in servizio prima della sua attuazione non può essere obbligato ad osservarlo. Può, quindi notificare regolare atto giudiziario al Comune con il quale in base al precitato articolo 13, dichiari di non voler sottostare a quel capitolato, il quale, a prescindere che non fu, a suo tempo notificato, riguarda le nomine future e non quelle passate.

Ella, pertanto, seguiterà a prestare servizio con gli obblighi esistenti prima di andare sotto le armi e si avvarrà della sostituzione reciproca in caso di assenza.

(7860) *Assistenza sanitaria ai profughi.* — Dottor C. D. P. da C. Il collega di cui desidera conoscere l'indirizzo è il Sig. Dott. Pietro Ciani da Portobuffolè.

(7861) *Indennità di cavalcatura.* — Dott. V. T. da V. P. Il D. L. del 14 settembre 1918, N. 1311, non riguarda la indennità di cavalcatura dei medici condotti, come erroneamente Le è stato riferito, nè altro qualsiasi provvedimento legislativo si occupa di tale argomento. Il citato Decreto riguarda le indennità di missione da corrispondersi agli impiegati civili e militari dello Stato.

(7865) *Pensioni previlegiate. - Condizioni per ottenerle.* — Dottor O. M. da P. S. G. Per ottenere tanto la pensione privilegiata quanto la indennità bisogna dimostrare che il medico-condotto per malattia contratta in servizio o per altra causa, sia divenuto inabile a rimanere ulteriormente in carica. Questa circostanza sarebbe indubbiamente esclusa se il medico-condotto all'atto della liquidazione si trovasse tuttora in servizio.

(7866) *Pensioni di riversibilità. - Entità.* — Dottor A. S. da A. — Nessun D. L. stabilisce aumenti nello ammontare delle pensioni dei sanitari premorti. Un decreto del genere esiste solamente per le pensioni dovute ai funzionari governativi ed alle rispettive vedove e figli.

(7867) *Indennità caro-viveri.*. — Dottor N. G. da S. R. — Avendo la madre e la sorella a totale suo carico e conviventi Le può competere la indennità mensile di lire 100 per caro-vivere.

(7868) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da B. — Anche per coloro che sono provvisti di stipendio superiore alle lire 10,000 è stabilita la indennità caro-viveri di cui al 1º comma dell'articolo 1º del D. L. del 14 settembre 1918, Nº 1314. La opposizione del segretario comunale non ha, quindi, ragione di essere. Al riguardo è applicabile l'articolo 2º del precitato D. L.

(7869) *Indennità caro-viveri.* — Dottor R. C. da P. C. Avendo diverse persone di famiglia conviventi ed a totale suo carico, Le compete la indennità caro-viveri mensile di lire 100 e non quella di lire 65.

(7870) *Ufficiale sanitario.* — Dottor L. V. da M. — Non essendo ancora possibile bandire il concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario si deve procedere, in caso di necessità, a mezzo di incarichi provvisori. E pertanto, diventando Ella libero esercente, ben potrebbe essere preferito al medico condotto nell'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario. Le spetterebbe, naturalmente, l'indennità di lire 1000 annue stabilite dal capitolato, aumentate del doppio per effetto della recente indennità caro-viveri. Trattandosi di indennità e non di stipendio non Le compete l'aumento del 30 %. Può rimanere inscritto alla Cassa di Previdenza, alla quale il Comune avrà indubbiamente corrisposto il proprio contributo.

(7871) *Nomina ad interino. - Servizio militare.* — Dott. L. C. da C. A. — Tenuto conto che la nomina ad interino era a tempo determinato, e, cioè, fino allo espletamento del concorso per la nomina del medico condotto titolare, e tenuto conto della circostanza che il Comune conosceva i suoi impegni militari prima che procedesse alla nomina temporanea, si può ammettere che per questo caso speciale si abbia il diritto, ritornando in paese, di riprendere servizio e di continuarlo fino a quando non si sarà provveduto alla nomina del medico titolare.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 6787:

Nessuno può sapere le ragioni per le quali il Comando Supremo non ritiene di aderire a concederle la licenza straordinaria che pur le era stata data dal Ministero.

In ogni modo il congedamento dei medici della classe 1883 che è ora in corso risolverà la situazione favorevolmente per lei.

All'abb. n. 9462:

Come già più volte si è risposto il diritto a partecipare ai corsi di integrazione nessuno può contestarlo, ma, in pratica, non sembra che finora nessun ufficiale medico neolaureato sia stato dimesso dalla zona di guerra per seguire tali corsi.

Al dott. R. M. da C.:

Si tratta di un quesito che esula in gran parte da questa rubrica.

Comunque a me sembra che il miglior partito cui Ella possa attenersi sia di presentare domanda di pensione, esponendo tutto il suo caso al Ministero dell'Assistenza Militare, che è il solo competente a risolverlo.

All'abb. n. 5431:

Secondo le ultime disposizioni Ministeriali Ella ha diritto all'indennità di congedamento commisurata al periodo di servizio prestato.

M. G.

Avvertiamo che:

non si risponde ad anonimi;
non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
non si risponde a quesiti d'indole esclusivamento personale;
non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

R. Istituto veneto di scienze, lettere ed arti.

CONCORSI A PREMIO.

Premi di fondazione Balbi-Valier. — Sarà conferito un premio d'italiane lire 6000 all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1916-1917 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio. Il premio è fuori concorso. La Commissione riferirà nella adunanza solenne dell'anno accademico 1919-1920.

Per il biennio 1918-1919 sarà conferito un premio di lire 3000, sullo stesso argomento. Il premio è per concorso. Il premio non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto. Scadenza 31 dicembre 1919.

Premio di fondazione Angelo Minich. — Concorso pel triennio 1917-1919, riservato ai soli cittadini italiani, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati. Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1919. Al premio di lire cinquemila assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire cinquemila per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di lire 10,000.

Concorso pel triennio 1919-1921: portare un notevole contributo alla fisiologia dei vasi sanguiferi. Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1921. Il premio è di lire 10,000. Al concorso non possono partecipare che Italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del regio Istituto.

Medico giovane, otto anni di laurea, accetterebbe interinato ben retribuito, in Comune senza frazioni. Indirizzare offerte, condizioni alla Farmacia Carimini, Arcevia (Ancona).

L'Ospedale civile di Venezia cerca due medici assistenti per l'Ospedale Tubercolosi. Rivolgersi per schiarimenti alla Direzione Sanitaria.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

Il Consiglio Direttivo della Lega delle Croci Rosse interalleate ha nominato direttore generale sir David Henderson, tenente generale medico dell'Esercito Inglese.

Quale successore di Kobert alla cattedra di farmacologia di Rostock è stato chiamato il prof. Trendelenburg, di Friburgo.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Austoni Amatore in clinica chirurgica a Padova; Battistelli Luigi in psichiatria e clinica psichiatrica a Roma; Coppola Antonio in elettroterapia e radiologia a Napoli; Fici Vincenzo in patologia medica a Palermo: Mazzolini Ezio in patologia medica a Roma; Paravicini Giuseppe in clinica delle malattie nervose e mentali a Pisa; Sodo Gaetano in patologia medica a Napoli.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Fontana Mario in terapia fisica da Padova a Roma; Marogna Pietro in patologia chirurgica da Pisa a Parma; Pastega Antonio in clinica oculistica da Modena a Roma.

Il dott. Matteo Simone, chirurgo ostetrico in Roma, capitano medico, è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate in guerra.

Rallegramenti.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta antialcoolica agli Stati Uniti.

In fatto di legislazione sociale, agli Stati Uniti non si scherza; convinti dei danni provocati dall'alcoolismo, aizzati dalle focose società di temperanza, aiutati dal presidente Wilson, affatto astemio, che nei pranzi ufficiali ha sostituito lo spumeggiante Champagne con dei miti sciroppi, gli americani hanno votato una legge che vieta assolutamente le bevande alcooliche.

La draconiana proibizione entrerà in vigore il 1° luglio ed, a quanto pare, sarà, mantenuta perchè occorrerebbe per modificarla una forte maggioranza impossibile ad ottenersi.

La grave decisione non mancherà di sollevare energiche proteste e già si annunzia che importantissimi sindacati operai — metallurgici, meccanici, cartai, ecc. — annunziano il loro proposito di mettersi in sciopero, se il decreto non viene abolito od attenuato. Nè più miti propositi manifestano i birrai, che hanno intrapreso una vivace campagna, dichiarando di non voler sottomettersi alla legge.

Ora, pure essendo agli antipodi di quelle misere mentalità che sostengono il diritto di ubriacarsi, ci sembra che i provvedimenti americani siano alquanto esagerati e vadano troppo oltre il segno, colpendo anche le oneste abitudini di una grande quantità di gente. Chè si eliminino i liquori ad alto contenuto di alcool, in cui la tossicità è aumentata da impurezze o da altri prodotti, è più che giusto e tutti noi non possiamo che sottoscrivere pienamente alle proposte di sopprimere queste cause di grave intossicazione e di funesta jattura per la razza. Ma la pretesa di impedire che il pacifico cittadino, inaffi i suoi pasti fra le pareti domestiche con un modesto bicchiere di vino, appunto perchè eccessiva, potrà riuscire dannosa perchè finirà con lo spronare alla reazione, e ad ogni sotterfugio per eludere la legge.

L'uso di moderate quantità di alcool, sotto forma di vino, consumato durante i pasti, non può del resto ritenersi nocivo; anche questo, al pari del consumo di tabacco, caffè, tè, ecc., costituisce uno degli eccitanti di cui la nostra razza sente il bisogno. L'importante è di frenarne l'abuso e soprattutto, a parer nostro, di impedire che il vino venga tracannato nelle osterie, dove esso è bevuto per vizio e non come un elemento del pasto. A tale proposito sarebbe necessario modificare la nostra insipiente legge sul riposo festivo, secondo la quale è impossibile acquistare un oggetto di prima necessità ma è ben lecito ubriacarsi ed intossicarsi in tutte le osterie, in tutti i bar rigurgitanti per la folla domenicale e per quella del futuro sabato inglese.

Auguriamoci che anche da noi si provveda con energia ma con un sano senso di equilibrio ad impedire il dilagare della triste piaga dell'alcoolismo.

INDEX.

Organizzazione e funzionamento dei dispensari di igiene sociale.

L'utilità dei dispensarî era già stata dimostrata prima della guerra, sebbene la loro opera si fosse limitata alla lotta antitubercolare. Allo scopo di porre un riparo ai gravi danni portati dalla guerra. Armand Delille (*Bullet. de l'Académie de médicine* 22 apr. 1919) propone che la loro opera benefica venga integrata con l'aggiunta di sezioni per l'igiene infantile e per la profilassi antivenerea.

L'A. considera l'impianto di dispensarî per la lotta antitubercolare e contro la mortalità infantile: essi debbono comprendere locali diversi per le due sezioni ed avere un'unica direttrice che debba anche curare lo schedario d'inchiesta sociale e medica delle famiglie. Le consultazioni sono destinate ai tubercolotici, ai neonati sani, ai bambini malati, alle donne incinte.

La sezione antitubercolare avrà una o più visitatrici, che recandosi a domicilio daranno consigli e cure ai tubercolotici, facendo applicare i dettami dell'igiene.

La sezione d'igiene infantile dovrà possedere un personale pratico istituendo una vera divisione del lavoro e cioè: 1) una visitatrice d'igiene (levatrice) per il servizio prima della nascita, sotto la direzione di un ostetrico; la visitatrice manderà le donne incinte alla consultazione e, per mezzo di visite regolari, le preparerà materialmente e moralmente ai doveri della maternità; 2) una visitatrice d'igiene per poppanti sani, la quale assiste il medico (bene al corrente nell'igiene infantile) durante la consultazione, e si reca a domicilio delle madri per insegnare l'importanza delle regolarità delle poppate, la preparazione delle pappe, le cure per la pulizia, l'aereazione dei locali, ecc.; 3) un'infermiera visitatrice che deve aver fatto degli studî serî ed una buona pratica negli ospedali, che si recherà a domicilio del bambino malato per aiutare la madre a curarlo e per fare eseguire le prescrizioni del medico. Nelle grandi città la stessa visitatrice non dovrà occuparsi dei bambini sani e dei malati; queste visitatrici potranno poi essere aiutate da volontarie ausiliarie.

Nelle grandi città, di oltre 100 mila abitanti, i dispensarî saranno diversi, con giurisdizione su determinati distretti, divisi per estensione e per numero di abitanti, vi potrà essere un ufficio centrale, con una squadra volante di infermiere spe-

cializzate per le malattie infettive, che potranno venir chiamate nei diversi distretti.

Nei dispensarî tubercolari, una sola infermiera — purchè provvista di adeguati mezzi di trasporto — potrà cumulare il servizio antitubercolare e quella di assistenza e di igiene infantile.

La direttrice del dispensario dovrà tenersi sempre in rapporto con le diverse opere di assistenza pubblica e di carità privata, per potere p. e. inviare un tubercolotico al sanatorio, un bambino anemico in campagna, far distribuire del latte, dei vestiti, in modo da ottenere una efficace cooperazione d tali opere d'assistenza.

Il momento attuale è in condizioni assai favorevoli per il reclutamento d'un personale scelto, fra le infermiere della Croce Rossa, che, dopo essers dedicate ai feriti, sono pronte a consacrare la loro attività alle opere di assistenza e di igiene sociale

fl.

NOTIZIE DIVERSE.

II° Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Questo Congresso indetto dalla Società Italiana di Radiologia Medica si terrà in Genova dal 20 al 22 ottobre c. a.

Al Congresso saranno unite una *mostra tecnica* ed una *scientifica*. Alla prima sono state invitate le principali Case costruttrici italiane ed alleate, alla seconda confidiamo prenderanno parte tutti gli Istituti italiani della specialità e tutti i radiologi che abbiano casi interessanti da dimostrare.

Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. V. Maragliano.

Il programma dei lavori comprende il *discorso inaugurale* del sen. prof. Edoardo Maragliano; una *conferenza* del prof. F. Ghilarducci di Roma su *I fondamenti biofisici della Radioterapia*; due *relazioni*: *La Dosimetria in Radiologia* del prof. C. Ceresole di Venezia e *Il quadro radiologico della tubercolosi polmonare* del prof. Paolo Alessandrini di Roma; le *comunicazioni* distribuite nelle varie sedute a seconda degli argomenti trattati.

Sono ammessi a prendere parte ai lavori del Congresso: medici, biologi, fisici, ingegneri, tecnici e tutti coloro che si interessano dello sviluppo scientifico e pratico della radiologia medica. La tassa d'iscrizione è fissata in L. 10. I Soci della Società di radiologia medica che hanno pagato la quota per l'anno 1919 sono di diritto iscritti al Congresso. I Congressisti che hanno pagato la tassa di L. 10 ed i soci della Società Italiana di radiologia medica sono membri effettivi del Congresso: essi partecipano alle sedute del Congresso; possono fare comunicazioni, usufruiscono, dato che siano ottenuti, dei ribassi di viaggio e di tutti i vantaggi concessi ai Congressisti e riceveranno a suo tempo gli atti stampati del Congresso. Possono inscriversi al Congresso anche persone della famiglia dei Congressisti, come Membri Aderenti, col pagamento della tassa di L. 5. I Membri Aderenti possono intervenire alle sedute senza prender parte alle discussioni ed ai voti; usufruiscono dei ribassi di viaggio e di tutti gli altri vantaggi accordati ai Congressisti. Per qualsiasi altra informazione rivolgersi al Segretario Generale del Cogresso dott. Giacomo Pesci - *Genova, Ospedale Pammatone.*

Società per lo studio dell'alimentazione.

A Firenze si è costituita, in una sala dell'Istituto di fisiologia, la preannunziata « Società per lo studio della Alimentazione », il cui scopo è di accentrare e coordinare tutte le ricerche su questioni scientifiche e pratiche riferentisi alla alimentazione dell'uomo e degli animali, di mettere a contatto fra loro i cultori delle singole discipline con riunioni e colla pubblicazione di un periodico e di volgarizzare con opportune conferenze popolari le fondamentali nozioni e norme igieniche sulla alimentazione, purtroppo ignorate dal nostro popolo.

Norme per i regolamenti sull'igiene del lavoro.

Il n. 818 della Raccolta Ufficiale delle leggi del Regno contiene un Decreto che detta le norme per la compilazione del Reg. Gen. e di quelli speciali sull'igiene del lavoro e stabilisce le penalità per le contravvenzioni.

Soppressione dei Comitati sanitari regionali.

Il Bollettino Militare Ufficiale pubblica il decreto col quale col primo giugno 1919 sono soppressi i 10 Comitati Sanitari regionali istituiti col decreto ministeriale del primo agosto 1915. Le funzioni dei cessati Comitati sanitari regionali saranno assorbite dai Direttori di sanità militare dei Corpi di armata territoriali.

Dispensario antitubercolare a Napoli.

Il 1° giugno fu inaugurato solennemente a Napoli il primo Dispensario antitubercolare, in Piazza Salerno a mare.

Intervennero alla cerimonia molte autorità e notorietà. Furono pronunciati parecchi discorsi.

L'impianto ed il funzionamento dell'Istituto sono degni della grande metropoli.

L'Ospizio marino di Valle Otra.

Il Comando Supremo nell'intento di contribuire ad assicurare il sollecito funzionamento dell'Ospizio Marino di Valle Otra (Capodistria), in modo che la benefica istituzione possa entro il più breve tempo dare ricovero e ristoro ai bambini rachitici e scrofolosi ed agli orfani di guerra della Venezia Giulia, ha concesso alla Società degli amici dell'infanzia di Trieste, a cui l'Ospizio appartiene, una anticipazione di L. 100 mila per far fronte alle spese di restauro e di arredamento.

Una casa di cura per impiegate e commesse.

Si è inaugurata a Milano una nuova benefica istituzione sorta nel raccoglimento operoso di un piccolo Comitato di signore. La prima idea fu modesta: raccogliere i fondi per istituire un ambulatorio per le giovani impiegate e commesse; un ambulatorio in cui le ammalate non venissero solo visitate, ma anche sorvegliate e messe nella possibilità di seguire le cure prescritte.

L'idea prima, appena applicata, mise in luce una necessità maggiore: quella di costituire per queste figlie della piccola borghesia addirittura un ospedale. Il ceto piccolo borghese pur non avendo mezzi di vita proprî, nè larghi guadagni, è escluso dal godimento di ogni forma di beneficenza. Nel caso delle impiegate e commesse, ad esempio, esse non hanno diritto di essere accolte nell'Ospedale se non pagando una retta giornaliera di lire 10.

Dall'idea dell'ambulatorio si passò così a quella di una casa di cura che oggi è un fatto compiuto mercè l'interessamento di un Comitato presieduto dalla contessa Carla Visconti di Modrone e del quale fa parte il maggiore medico prof. Forlì, che ha cooperato con la sua competenza all'allestimento della villa secondo le esigenze scientifiche ed igieniche.

La villa sorge in fondo alla via Buonarroti. In tre piani sono distribuiti in belle camere i ventisette letti che rappresentano la efficienza dell'ospedale; efficienza di capacità soltanto per ora, perchè lo stato patrimoniale della istituzione permette solo il funzionamento di una parte dei letti disponibili; ma il Comitato confida nella generosità cittadina per potere far presto funzionare la casa di cura al completo.

Cardiologia militare.

Il nostro collaboratore ed amico Prof. Giovanni Galli ha assunto servizio all'ospedale principale di Roma (Celio), in qualità di cardiologo.

Siamo lieti di constatare che la Sanità militare abbia così riconosciuto l' importanza dello studio delle malattie della circolazione nei militari.

Infortuni della gente di mare.

Un D. L. inserito nel n. 638 della Raccolta Ufficiale delle Leggi e dei Decreti modifica alcuni articoli del Regolamento 13 marzo 1904 per l'esecuzione del T. U. della legge negli infortuni degli operai sul lavoro, con riferimento agli equipaggi.

Un sanitario ferito da un pazzo.

Un degente nel manicomio di Alessandria ha tentato di uccid re il dott. Lorenzo Gualino, primario del manicomio stesso.

Il feritore dieci anni or sono tentò di uccidere un prete; nel dicembre 1914 aveva tentato di tagliare la gola al compianto direttore del manicomio, prof. Frigerio.

Il dott. Gualino venne ricoverato nell'ospedale civile con due gravi ferite, una delle quali al torace. Il referto medico dette prognosi riservata.

Quanti sanitari sono morti durante la guerra.

Il giornale *L'Italia Sanitaria* di Roma ha pubblicato una statistica delle perdite subìte dalla classe sanitaria durante la guerra.

A tutto il 20 gennaio 1919 figuravano morti in guerra 1060 membri della famiglia sanitaria italiana, benchè alcuni dati sieno ancora incompleti.

La cifra va così divisa: Medici del R. Esercito, 317 — Medici della R. Marina, 10 — Medici della Croce Rossa Italiana, 42 — Medici del sov. Ord. di Malta, 2 — Medici della R. G. di Finanza, 1 — Medici della Marina Mercantile, 3 — Medici in servizio coloniale, 2. — Totale medici, 377.

Gli studenti in medicina e chirurgia morti sono 216 (compresi 40 aspiranti che non figurano tra i medici chirurgi di cui sopra).

Vanno aggiunti: chimici farmacisti (40), veterinari (23), studenti in chimica (26), studenti in veterinaria (22), religiosi (40), ufficiali non sanitari adibiti ai servizi della C. R. (11).

Nel personale d'assistenza delle unità Sanitarie i morti sono: dame del Sovr. O. di Malta, 1 — Infermiere volontarie di altre istituzioni di beneficenza, 6 — Sottufficiali, caporali e soldati di Sanità uccisi nell'esercizio delle loro mansioni e decorati al valor mil., 132 — Sottufficiali, caporali e soldati di Sanità morti per malattia contratta (dati incompleti), 20 — Sottufficiali e militari della C. R. Italiana morti per ferite e per malattie contratte, 120.

Di questi 1060 morti circa 300 furono decorati al valore militare o con medaglie di benemerenza della salute pubblica, con la croce di guerra o con onorificenze estere.

Dei 377 medici chirurgi defunti oltre 30 morirono lontani dalla madre patria o prigionieri in Austria-Ungheria o in Germania o travolti dai gorghi del mare o in Libia, Albania, Macedonia o altrove.

Dal complesso dei dati finora raccolti risulta evidente che la famiglia sanitaria italiana ha dato un contributo enorme di morti durante la guerra che ha funestato il mondo intero.

Contrariamente alle precise norme sancite dalla Convenzione di Ginevra, risulta che non pochi sanitari muniti di evidenti simboli di neutralità vennero barbaramente massacrati mentre serenamente attendevano al loro pietoso ufficio e che non poche navi mercantili vennero silurate nell'Adriatico e nel Mediterraneo e convogli di feriti mitragliati ferocemente dal barbaro nemico.

È morto, vittima del dovere, il dott. LESEN BONAVENTURA, in seguito a tifo esantematico contratto nel curare i prigionieri austriaci adibiti a lavori agricoli.

Era un professionista apprezzato, sollecito in specie degli umili cui consacrava le sue migliori energie.

A. S.

A 61 anni è morto il neurologo dell'Università di Berlino, prof. HERMANN OPPENHEIM, notissimo per i suoi numerosi lavori scientifici, per la sua abilità didattica, per il suo trattato sulle malattie nervose.

È morto, or è qualche tempo, a Copenhagen, ORAZIO FLETCHER, noto per la vivace propaganda fatta in favore della restrizione della dieta e della masticazione prolungata. La pratica del fletcherismo si è diffusa specialmente negli Stati Uniti e nell'Europa del Nord.

Il Fletcher aveva altresì compiuto, alla Università di Yale e di Cambridge, una serie di esperimenti, che confermavano le sue teorie. Ultimamente faceva parte della Commissione per l'alimentazione del Belgio. **F. A.**

Rassegna della stampa medica.

Riv. Españ. de Med. y Cir., feb.: Rapporti tra ossessione e psicosi maniaco-depressiva.

Boll. Mal. Orecchio ecc., feb. CITELLI: Stenosi ipoglottica catarrale cronica dei bambini.

Paris Méd., 8 mar. PAISSEAU e HUTINEL: La meningite malarica. — DÉNÉCHAU: Pseudo-orecchioni. — VOISIN e DENHAMON: Valore terapeutico del riflesso oculo-cardiaco.

Americ. Journ. of Care for Cripples, n. 2. HARPER: La rieducazione. — CHASTAUD: La scuola di Nantes per mutilati. — MC MURTRIE: La responsabilità sociale nella riabilitazione dei mutilati.

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., genn. LECONTE: L'attitudine funzionale cardiaca dei tachicardici. — BAILLARD: La circolazione retinica.

Arch. di Ortopedia, II. BASSETTA: Patologia e cura dei monconi di amputazione.

Presse Méd., 13 mar. PAGE e GAUCKLER: Gli astenici della guerra.

La Stomatol., gen. AVANZI: Elementi di compenso. — DE VECCHIS: L'apicectomia.

Riv. Ospedaliera, 31 gen. BELFANTI e VALAGUSSA: Poliomielite anteriore acuta.

Ann. d'Igiene, 31 gen. SANARELLI: Patogenesi del colera. — CARPANO, SAMPIETRO: Sull'influenza.

La Rif. Med., 15 mar. GIORDANO: Sulla fognatura addominale. — SEGALE: Sindromi gravi grippali e ipersensibilità per lo streptococcus pandemicus. — ARADAS: La blumetile reazione nelle urine degli ammalati d'influenza.

La Presse Méd., 10 mar. LE DAMANY: La pitiriasi rosacea di Gilbert è un tubercolide. — GLÉNARD e AIMARD: Aerocele traumatico del cervello. — DALIMIER: Bronco-spirochetosi di Castellani.

Journal A. M. A., 15 feb. BROWN e a.: La febbre tifoide nei vaccinati. — PARKER: Un veleno filtrabile del bacillo di Pfeiffer. — BRUMBAUGH: Enterite carbonchiosa. — 22 febbraio KNOPF: Profilassi delle ricadute di tubercolosi nei militari clinicamente guariti. — OPIE e a.: La polmonite conseguente all'influenza. — WHITE: Una nuova infestazione da nematodi nell'uomo.

Rev. Españ. de Cir., 1 Pagés. Strangolazione retrograda dell'epiploon.

Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp., 6 feb. LÉVY e GUILÉ Ricerca del « Treponema pallidum » nell'urina dei sifilitici. — LAUBRY e ESMEIN: Stenosi congenita dell'arteria sotto-clavicolare sinistra.

Journ. de Méd. et de Chir. prat., 10 mar. SIMON: Sulla terapia attuale della sifilide.

Bull. de l'Ac. de Méd., 4 mar. RÉNON: La chimioterapia della tubercolosi.

Ann. di Odontol., 1 mar. MEUDEL: Piorrea alveolare sperimentale.

Journ. des Praticiens, 1 mar. JEANSELME: I cheloidi. — CHAUFFARD: L'epidemia d'influenza attuale e quelle anteriori.

Paris Méd., 15 mar. GILBERT e SURMONT: La steatosi epatica.

Presse Méd., 20 mar. LEGUEU: Azotemia e ritenzione urinaria. — NATHAN: Stato anteriore dei brightici.

Pensiero Med., 2 mar. RONCHETTI: Terapia dell'influenza.

Tubercolosi, feb. FICI: Gli abiti costituzionali nei loro raporti con la tbc. polmonare.

Journ. d. Praticiens, 22 mar. ARCHAD: L'influenza dei lattanti. — BÉCHADE: Sieroterapia interumana nell'influenza.

Gaz. d. Hôp., 20 mar. LAUMONIER: Le forme anormali dell'influenza.

Riv. crit. di Clin. Med., 1 mar. SICILIANO: Sull'epidemiologia dell'influenza.

L'Osped. Magg., 28 feb. BONI: Le forme cliniche dell'influenza.

Münch. Med. Woch., 21 feb. BETHE e FRANKE: Protesi cinematiche del braccio. — SPARTKENSTEIN: Proteino-terapia. — 28 feb. SMIEDEN e a.: Sull'influenza.

Giorn. It. d. Mal. Ven. ecc. 19 mar. CAPPELLI: Il liquido cef.-rach. nella sifilide recente e tardiva. — PASINI: L'alopecia da influenza.

Paris Méd., 22 mar. DUFOURMENTEL: Plastica chirurgira e plastica artistica nelle grandi mutilazioni del viso.

Chir. d. Organ. e Movim., febbr. CATTERINA: Fratture della clavicola. — CHIASSERINI: Trattamento secondario dei monconi di amputazione. — D'AGATA: Neurolisi del plesso brachiale e simpaticectomia periarteriosa dell'omerale in paralisi e sindrome causalgica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

(32)

Anno XXVI *Roma, 13 luglio 1919* **Fasc. 28**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DELLA UNIVERSITÀ DI TORINO
(Direttore prof. M. CARRARA).

Una nuova e semplice forma per la colorazione del Romanowsky.

Nota preventiva del dott. R. ROMANESE, assistente.

Le ricerche sul sangue ed anche i semplici esami di strisci di sangue a scopo diagnostico hanno incontrato un notevole ostacolo durante il periodo di guerra dapprima per la deficienza e infine per la mancanza assoluta del colorante universalmente impiegato, il liquido del Giemsa.

Come è noto, pel suo allestimento è necessario l'azzurro di metilene, prodotto derivato da particolari trasformazioni chimiche del bleu di metilene, del quale è stata dal Giemsa mantenuta segreta la preparazione allo stato di purezza.

Per questo motivo appunto le varie miscele, che in questi anni ed anche in antecedenza erano state proposte per surrogare il liquido, del Giemsa, hanno dato in genere risultati incostanti e non sempre favorevoli o si sono dimostrate di difficile preparazione e di difficile impiego.

Nella impossibilità di procurarmi il liquido del Giemsa originale e nella necessità di esaminare quotidianamente alcune decine di strisci di sangue a scopo diagnostico, mi sono preoccupato di cercare una formula di colorante che mi desse risultati analoghi alla colorazione del Giemsa e che fosse di facile preparazione, di facile uso e di prezzo limitato. Credo di avere ora risolto praticamente il problema colla formula che qui espongo, la quale, se anche non corrisponde ancora in tutto al liquido del Giemsa per le fini ricerche scientifiche dà tuttavia risultati più che sufficenti per qualsiasi esame diagnostico sia nella ricerca di parassiti malarici, sia nella determinazione di una formula leucocitaria.

In una bevuta conica da 500 cmc. si sciolgono gr. 0.75 di bleu di metilene in 50 cmc. di alcool etilico a 95° e 50 cmc. di glicerina. Si aggiungono 3 cmc. di una soluzione al 10 % di carbonato sodico in acqua distillata e si bolle per un quarto d'ora. Si aggiungono 35 cmc. di una soluzione all'1 % di eosina in alcool etilico a 95° e si bolle ancora per un quarto d'ora. Si toglie dal fuoco, si riporta al volume di cento cmc. aggiungendo alcool etilico a 95° e si lascia a sè almeno una settimana in recipiente chiuso.

Senza prendere per ora in considerazione il principio teorico che mi ha condotto a questa formula, ricordo soltanto alcuni dati pratici che l'esperienza mi ha insegnato.

I reagenti devono naturalmente essere di buona qualità: bleu di metilene medicinale ed eosina solubile in alcool ed acqua. Ho adoperato con esito soddisfacente bleu di metilene francese S. Denis e bleu di metilene medicinale Grubler. Per l'eosina

mi diede buoni risultati quella francese (S. Denis) ed anche la w. g. di Grübler. Sono spiacente di non aver potuto sperimentare marche italiane credo però che tutti i prodotti di buona qualità; corrispondano allo scopo. Per la glicerina e per l'alcool ho adoperate le qualità comunemente in commercio.

È opportuno che gli strisci da colorare siano allestiti e fissati da poco tempo: non più di due o tre giorni al massimo. Dopo questo periodo i risultati che si ottengono sono meno soddisfacenti.

La colorazione si fa, previa fissazione con alcool metilico, impiegando due gocce di colorante diluito per ogni centimetro cubo di acqua distillata, in modo analogo al procedimento in uso per il liquido del Giemsa e colorando per 20-25 minuti. Piccole deviazioni da questi dati si potranno determinare una volta tanto per tentativi alla prima prova del liquido, per conoscere l'*optimum* della colorazione. In seguito si può attenersi ai risultati ottenuti, poichè il colorante, tenuto in recipiente ben chiuso, si conserva inalterato per parecchi mesi. Se si tratta di preparati di difficile colorazione, come per esempio di midollo osseo, è conveniente prolungare il periodo di contatto fra striscio e miscela colorante acquosa per 30-40 minuti, cambiando il liquido ogni 10-15 minuti, analogamente a quanto si suole praticare col liquido del Giemsa.

Dopo colorazione si lava rapidamente e sotto forte getto di acqua distillata. Se il colorante si impiega prima che sia trascorsa una settimana dal momento della preparazione, lo striscio di sangue assume facilmente una colorazione bluastra sgradevole, che tuttavia si potrà allontanare prolungando il lavaggio sotto acqua distillata fino a comparsa della colorazione rosea, ad esame macroscopico. Si asciuga con carta bibula e si esamina in olio di cedro con obbiettivo ad immersione o si chiude in balsamo neutro.

I risultati sono analoghi a quelli che si ottengono col liquido del Giemsa. Gli eritrociti si colorano in rosa pallido, i nuclei dei leucociti e i granuli dei mastleucociti in violetto carico, i granuli eosinofili in rosso vivo, i granuli azzurrofili e la cromatina dei parassiti malarici in color rosso porpora, le granulazioni neutrofile in azzurro violaceo pallido. Il protoplasma dei linfociti e dei parassiti malarici in azzurro più o meno intenso. Se la colorazione è stata eseguita accuratamente e per il tempo utile non compaiono precipitati.

Unica differenza che rilevo per ora fra questa colorazione e quella del Giemsa è che i granuli neutrofili riescono talvolta assai pallidamente colorati e quindi poco visibili: sono tuttavia convinto di poter rimediare anche a questo inconveniente modificando leggermente le proporzioni dei due colori bleu di metilene ed eosina. Ma di ciò mi riservo di riferire in seguito.

Riassunto in breve il metodo di colorazione è il seguente:

1) fissazione per 5 minuti in alcool metilico;

2) si allontana l'eccesso di alcool metilico e senza lavare si versa sul vetrino la miscela colorante (due gocce di liquido colorante per ogni centimetro cubo di acqua distillata). Colorazione 20-25 minuti;

3) si lava a forte getto e brevemente con acque distillata;

4) si asciuga con carta bibula e si esamina in olio di cedro o si chiude in balsamo neutro.

L'esperienza mi ha dimostrato che in genere non è necessario far precedere una colorazione con liquido di May-Grünwald; se tuttavia si vogliono mettere in evidenza particolari che in genere si colorano male, come p. es. i granuli dello Schuffner negli eritrociti parassitati in caso di terzana, si può fissare per cinque minuti in May-Grünwald invece che in alcool metilico ed allontanare il May-Grünwald con rapido lavaggio in acqua distillata prima di versare sul vetrino la miscela colorante.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. L. ZOJA.

Sulla colorazione dei bacilli tubercolari col lacto-bleu di metilene alcoolico

per il prof. ANTONIO GASBARRINI,
aiuto e libero docente.

Per la dimostrazione del bacillo di Koch mediante reazione tintoriale, il punto più delicato è la decolorazione degli acidi, che rappresenta il principio su cui si basano i migliori metodi proposti. Alcuni acidi (specialmente quelli minerali) spiegano sul bacillo di Koch un'azione troppo violenta, decolorandolo, se prolungata oltre misura. Nessuna sorpresa dunque se, ad esempio, in uno sputo che contenga scarsi bacilli tubercolari, l'impiego di un decolorante, sproporzionato al limite di acido-resistenza del b. di Koch, possa compromettere il risultato dell'esame. Per la stessa ragione capita di non aver rinvenuto b. tubercolari in feci di persone, che presentarono poi al tavolo anatomico ampie ulcerazioni specifiche intestinali, anche se le feci fossero state previamente trattate con i comuni mezzi di omogeneizzazione: di qui la tendenza ad usare acidi minerali molto diluiti, ovvero acidi organici, i cui effetti sono senza dubbio meno dannosi. L'impiego di questi ultimi è giudicato assai favorevolmente, non soltanto perchè permette di vedere più bacilli di Koch che non con gli altri mezzi, ma si presta a differen-

ziare i b. della tubercolosi dai b. paratubercolari, anch'essi più o meno acido-resistenti. Fra gli acidi organici comunemente usati, ricordo l'acido acetico glaciale (Alvarez e Tavel, Klemperer, Petri), l'acido formico (Watsenchejne), l'acido ossalico (Cornil), l'acido citrico (Hauser), l'acido tartarico (Hauser, Folli), l'acido lattico (Hauser, Cépède, Lesieur).

* * *

In numerosi esami di sputi, urine e feci di tubercolosi, l'ineguaglianza dei risultati ottenuti col metodo di Ziehl e con altri processi giudicati i migliori, mi hanno persuaso che l'acido adoperato avesse un'azione troppo energica sugli elementi cellulari, ed a maggior ragione sul bacillo di Koch e sulla flora associata. Perciò, da oltre un anno ricorro per decolorare i bacilli tubercolari all'acido lattico, associato ad alcool, ottenendo i più belli e più costanti risultati. L'acido lattico è fra gli acidi organici quello che soddisfa di più, come decolorante.

La tecnica della colorazione è semplicissima ed oltremodo spiccia. Seguendo le norme di Cépède, dopo aver fatto agire sulle striscie, previamente fissate alla fiamma, la fucsina fenica di Ziehl a caldo per alcuni minuti, si porta con o senza lavaggio in una soluzione di lacto-bleu di metilene alcoolico, per 2'-3' in genere. Questo liquido è formato da una miscela di bleu di metilene in eccesso, acido lattico cc. 40, acqua distillata cc. 160 (1 parte) ed alcool a 95° (4 parti). (Si può, volendo, conservare separatamente l'acido lattico saturo di bleu di metilene in soluzione acquosa, aggiungendo poi alcool al momento dell'uso). Il lacto-bleu permette la decolorazione e la ricolorazione contemporanea del fondo del preparato. Si lava in acqua corrente si asciuga e si monta.

Dovendo ricercare il bacillo tubercolare nelle urine, si passa innanzi tutto lo striscio per 5'-10' in lisciva di soda addizionata con alcool in rapporto del 5 %, allo scopo di sciogliere il grasso del bacillo della smegma, che conferisce a questo germe l'acido-resistenza, o meglio ancora, si prolunga il tempo di permanenza del preparato nella soluzione di lacto-bleu. Per gli escreati non occorrono preliminari trattamenti.

I b. di Koch, finamente colorati in rosso, spiccano sulla flora associata e sugli elementi citologici, che presentano in debole tinta bleu un aspetto di freschezza, difficilmente raggiungibile con altri metodi (1).

Tale procedimento, a confronto di quelli, in cui la decolorazione veniva fatta con acidi minerali, si è dimostrato più sicuro. Ho così potuto mettere in evidenza b. tubercolari in sputi, urine e feci, riusciti negativi con lo Ziehl, in casi dubbi di tubercolosi, che furono in seguito accertati dalla clinica e dal laboratorio.

Non essendo il carattere di acido-resistenza del b. di Koch affatto disturbato dall'azione dell'acido lattico, si comprende come il processo possa svelare i bacilli, anche se contenuti in scarsa quantità, e senza preliminare omogeneizzazione del materiale d'esame.

Il metodo permette inoltre di distinguere il b. della tubercolosi dai comuni b. pseudo-tubercolari: così il b. dello smegma è decolorato dal lacto-bleu in 20'-25', mentre è ancora ben evidente il b. di Koch. La nitidezza di colorazione degli altri bacilli non acido-resistenti facilita lo studio delle associazioni microbiche, che hanno grande importanza nell'infezione tubercolare.

Concludendo, mi sembra di poter ritenere che il metodo offra, oltre ad economia di tempo, una manifesta precisione e finezza di colorazione dei bacilli di Koch, della flora associata e degli elementi citologici, e, più che tutto, sicurezza di diagnosi.

Con ulteriori ricerche vedrò se il procedimento si presti bene anche allo studio della tubercolosi nei tessuti.

(1) Ultimamente Lesieur, Jaquet e Pintenet in una comunicazione fatta alla Société de Biologie (seduta del 15 marzo 1919) consigliano per la ricerca dei b. tubercolari l'uso dell'alcool lattico al 2 % previa colorazione con violetto di genziana fenicato al 5 %: la tintura di contrasto è data da una soluzione di safranina anilinata.

Ma con tale procedimento non sempre è possibile differenziare in modo ben netto i b. di Koch dalla flora associata con acido resistente.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La stenosi aortica sottovalvolare.

(N. IAGIC' e F. SCHLAGENHAUFER. *Medizinische Klinik*, 1° giugno 1919).

La stenosi aortica sottovalvolare è stata descritta per la prima volta da Chevers nel 1842: altri casi ne sono stati osservati, ma sempre da autori francesi, salvo uno analogo descritto da Pal.

Gli AA. riportano la loro osservazione di un individuo di 43 anni, che da 11 anni soffriva disturbi cardiaci; circa 9 settimane prima dell'ingresso all'ospedale, era stato colto da febbre a brivido, con catarro polmonare e dolore puntorio a sinistra. Alle visite degli AA. il paziente era tuttora febbricitante, con 100 pulsazioni; nulla di anormale ai polmoni, milza ingrandita. Ottusità cardiaca

aumentata di 1 centimetro; urto della punta molto forte al quinto spazio intercostale; fremito sistolico alla punta, dove si ascoltava un soffio sistolico, percepibile anche nella regione aortica; secondo tono aortico netto. L'esame del sangue dimostrò la presenza di leucocitosi infettiva. La febbre continuò a tipo setticemico: si ebbero edemi, si fecero più intensi il fremito ed il soffio sistolico, quest'ultimo più forte al secondo spazio intercostale destro, accanto allo sterno; morte dopo 14 settimane dall'inizio.

La diagnosi clinica è stata la seguente: endocardite settica recrudescente, mitrale, con recenti depositi endocarditici sulle valvole aortiche.

All'autopsia, oltre ad infarti renali ed a tumore di milza subacuto, si riscontrò un'ipertrofia cardiaca, più forte a sinistra: normali le valvole tricuspidale, polmonare, mitrale; recenti vegetazioni endocarditiche sulle valvole aortiche; stenosi aortica, a circa 2 centimetri dalle valvole; non si poteva penetrare nell'aorta che con la punta dell'indice. Proprio all'origine dell'aorta del ventricolo, si notava un solido inspessimento dell'endocardio, alto circa 2-3 millimetri; la parte al disotto della valvola aortica destra era la più dura ed era rinforzata da tre fasci di fibre, disposti a contrafforte. Ne veniva così formato un ostio dal diametro longitudinale di cm. 1.5 e trasversale di cm. 0.5.

Sulle vegetazioni venne riscontrato un diplobacillo corto e sottile, gram-negativo, che non si coltivava in agar sangue o in agar-glicerina.

Si avevano dunque nell'aorta due processi distinti: uno costituito dalle nuove vegetazioni infettive sulle valvole, l'altro consistente in una stenosi sottovalvolare; evidentemente il primo processo è di origine recente, l'altro è assai antico.

L'eziologia di quest'ultimo può essere riferita o ad un processo infiammatorio, o aterotomoso, oppure ad alterazioni avvenute nella vita fetale. L'esame istologico esclude però il processo infiammatorio; la presenza di fibre elastiche e di tessuto connettivo compatto potrebbe riferirsi ad uno stadio del processo ateromatoso, contro cui sta però il fatto dell'assenza di ogni altro segno di ateroma nell'aorta. L'origine fetale sarebbe invece comprovata dalla struttura istologica e dalla costanza della sede della stenosi sottovalvolare, come viene descritta dagli autori francesi, i quali però stanno piuttosto per l'origine ateromatosa ed infiammatoria.

Gli autori francesi hanno trovato quasi sempre questa lesione combinata a lesioni mitraliche ed a queste fanno risalire l'origine della stenosi aortica, ciò che è contraddetto dall'osservazione attuale, in cui la mitrale era affatto normale.

Per quanto riguarda i sintomi clinici osservati, gli AA. fanno rilevare che il fremito sistolico non era da riferirsi alla stenosi aortica, bensì alle recenti vegetazioni endocarditiche. Si comprende invece che la stenosi aortica sottovalvolare porti ad un rumore sistolico; in quanto che, nella sistole del ventricolo sinistro, il sangue deve passare per un punto ristretto, prima di entrare nell'aorta; si tratta quindi di un tipico rumore sistolico da stenosi, che ha la stessa origine di quello della stenosi aortica valvolare.

In complesso i sintomi clinici della stenosi aortica sottovalvolare possono riassumersi come segue: ipertrofia del ventricolo sinistro, non però caratteristica, nè utilizzabile per la diagnosi. Costante è il rumore sistolico da stenosi, di solito forte, ma mutevole d'intensità. Si ascolta alla punta, come alla regione aortica, talora anche più forte verso la metà dello sterno, oppure anche propagato al collo od in basso.

Nella regione aortica si ascoltano chiaramente i due toni cardiaci. Talvolta, al margine sternale sinistro, in corrispondenza della quarta-quinta costola, si avverte un fremito sistolico, che sarebbe da mettersi in rapporto con l'insufficienza mitrale.

Questi sintomi però non sono affatto caratteristici della stenosi aortica sottovalvolare, come non lo è la diminuzione dell'intensità del rumore con il diminuire della potenza cardiaca; anche la combinazione con l'insufficienza mitralica si trova in tutti gli stati di dilatazione del cuore sinistro.

La persistenza del secondo tono aortico si trova anche nella stenosi aortica valvolare. Probabilmente sono più o meno caratteristici, sebbene non sicuri, per la stenosi aortica sottovalvolare, i seguenti fatti: la propagazione del rumore verso sinistra ed in basso; il fremito al margine sternale all'altezza della 4ª-5ª costa: il rumore più forte alla metà dello sterno che accanto ad esso, nel secondo spazio intercostale; nella stenosi valvolare invece il rumore sistolico è più forte in quest'ultimo punto. Importante è anche la mancanza di un rumore diastolico nella regione aortica, ciò che si verifica nella stenosi valvolare aortica per la contemporanea insufficienza delle valvole stesse.

In complesso si può ritenere che i sintomi fisici delle stenosi aortica, valvolare e sottovalvolare sono affatto simili e che *in vivo* si tende a fare diagnosi di lesione valvolare. *fil.*

CHIRURGIA.

La rachianestesia generale alla novocaina per la via lombare.

(V. RICHE, *La Presse médicale*, n. 24, 1919).

Fu certo un grande progresso la comparsa di questo nuovo metodo di anestesia, le cui indicazioni, prima limitate agli interventi non sorpas-

santi la altezza delle spine iliache, si sono estese progressivamente alla chirurgia del bacino e dell'addome. Ma se ciò è ammesso oggi dalla maggior parte dei chirurgi, l'anestesia generale è ancora pochissimo diffusa, nonostante le proposte di Ionnesco e di Le Filliâtre. Invero i metodi proposti da questi autori si prestano a serie obiezioni, l'uno e l'altro per la tossicità del farmaco adoperate (la stovaina-stricnina il primo, la cocaina il secondo), e per il primo anche per il pericolo della sede scelta (la parte inferiore della regione cervicale). Del resto anche in anestesia locale la maggior parte dei chirurgi hanno abbandonato prima la cocaina per la stovaina, e poi questa per la novocaina.

L'A. ha seguito questa stessa evoluzione per l'anestesia rachidea della porzione sottodiaframmatica del corpo, e, in collaborazione con Forgue, ha ripetute volte fatto notare, in base ai risultati ottenuti, la bontà dell'anestesia ottenuta con l'iniezione rachidea alla novocaina. Una lunga pratica e con gli stessi eccellenti risultati ha potuto fare del metodo stesso durante la guerra, e per essa ha constatato la debole tonicità della novocaina, e, qualche mese fa, è stato indotto a utilizzarla per l'anestesia generale. Il problema da risolvere era il seguente: iniettare nello spazio sottoaracnoideo midollare, ma senza rischio di ferire il midollo, una dose di sostanza anestetica non tossica, sebbene sufficiente per ottenere l'anestesia generale.

La determinazione di tale dose è proceduta necessariamente per raggi. Fu aiutato dall'esperienza fatta in alcune operazioni, in cui era stato costretto a ripetere l'iniezione durante l'intervento, per essersi esaurito l'effetto della prima: constatò, così, esser possibile l'iniezione senza danno (in due riprese) di 18 e per fino di 23 cgm. di novocaina: ciò che dimostrava ancora una volta la debole tossicità del farmaco, confermata del resto da esperienze su animali.

In base alle sue osservazioni potè così fissare questa dose, nell'adulto a 1 *cgm. per ogni 5 kgm. di peso.*

Il malato è purgato due giorni prima, e gli viene fatto un clistere alla vigilia. Prima di esser condotto in sala d'operazione riceve l'iniezione di 1 cgm. di morfina e 2 cc. di olio canforato 20 %. Lo stiumentario è quello di Tuffier: viene bollito in acqua pura. L'A. ha adoperato una solnzione di novocaina all'8 % (in ampolle da 3 cc.). L'ago è infisso nel II o meglio nel I spazio lombare, mentre il malato è in decubito laterale; vengono fatti uscire da 10 a 25 cc. di liquido cefalo-rachidiano (Le Filliâtre); l'anestetico (nella dose stabilita) viene iniettato assai lentamente, in ragione di 1 cgm. per m'. e durante l'iniezione, per facilitarne la diffusione nel liquido rachideo, è bene aspirare ripetutamente questo con la siringa. Il malato è rimesso sul dorso a testa bassa: l'anestesia generale esiste già e si completa in qualche minuto.

L'A. non ha fatto che 60 anestesie generali con questo metodo perchè è solo da poco che l'ha adottato. Quasi tutte le volte ha raggiunto lo scopo: solo in 3 o 4 casi l'anestesia non sorpassava la clavicola. La durata variò da ½ ora a 1 ora e ½.

Incidenti. — Rarissimamente (4 casi) si ebbe uno stato di seminarcosi; in 3 casi un disturbo respiratorio passeggero; più frequentemente (30 % circa) sforzi di vomito al 20°-30° minuto, accompagnati da lieve pallore del volto e da diminuzione della frequenza del polso, ma tutto presto scomparve. Due o tre volte per il persistere di questi disturbi ricorse all'iniezione di 0.25 di caffeina.

Sconsiglia assolutamente l'aggiunta dell'adrenalina all'anestetico; ritiene inutile l'aggiunta di stricnina; è tentato di sopprimere anche l'iniezione preventiva di morfina (il paziente dovrebbe così eliminare una sola sostanza tossica, la novocaina).

Quanto agli incidenti dei giorni seguenti, nella grande maggioranza dei casi nulla, tranne una lieve rachialgia per 2-3 giorni; nel 10 % dei casi cefalea; due pazienti hanno presentato vomiti biliosi ripetutisi fino al 3° giorno, in 2 o 3 casi si ebbe ritenzione d'urina passeggera (48 ore).

Indicazioni. — Non dovendosi dimenticare che il primo dovere è assicurare il minimo di rischi all'operato, l'anestesia generale deve cedere il passo, sempre che sia possibile, all'anestesia locale. Ma se questa sembra dover essere insufficiente, l'anestesia rachidea generale, fatta eccezione per gli interventi di breve durata, riacquista tutto il suo vantaggio, specie nei malati di debole resistenza organica. Per l'arto superiore in particolare, l'A. la considera preferibile, per la sua realizzazione tecnica assai più facile, ai diversi metodi di iniezione del plesso brachiale, sia per la via ascellare, sia per la via sopra o sottoclavicolare.

SEB.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Patologia speciale medica e di Clinica medica propedeutica della R. Univ. di Torino
diretto dal Prof. A. CECONI.

Breve nota su di un caso di ascite filante chiliforme

per il dott. PIETRO SISTO, aiuto e libero docente.

Il caso di cui è argomento la presente nota fu già fatto pubblico da altri, come sarà largamente ricordato in seguito. Le particolarità cliniche del lunghissimo decorso, del tutto insolito, e le ricerche da me istituite a completamento di quelle eseguite in precedenza, ne giustificano la ulteriore trattazione.

G... M..., d'anni 42, manovale.

Nessun dato importante nel gentilizio. Non sofferse malattie veneree nè sifilitiche. A 18 anni superò bene in 4 mesi circa un grave ileo-tifo.

Nel dicembre 1903 incominciò as accusare anoressia, nausee, dispepsia, dolori gastrointestinali e diarrea con numerose scariche liquide nelle 24 ore. Questi disturbi datavano con brevi remissioni da circa 3 mesi, quando, nel marzo 1904, il malato incominciò ad avverire la comparsa di una tumefazione uniforme nell'addome, non accompagnata da dolori, nè da febbre, che andò a poco a poco aumentando tanto da costringere il paziente a chiedere ricovero in ospedale il 16 aprile 1904.

Il dott. Pesci, come risulta dalla sua prima pubblicazione, rilevò nel paziente, di aspetto alquanto deperito, l'esistenza di una ascite libera, abbondante della quale colla paracentesi vennero eliminati litri 11.5.

Riprodottosi il liquido, vennero praticate successivamente altre due paracentesi, dopo di che, non essendosi più formata l'ascite, migliorato notevolmente nelle sue condizioni generali, il paziente potè lasciare l'Ospedale il 6 agosto 1904 e riprendere le sue occupazioni, anche faticose.

Il liquido estratto nelle successive riprese, aveva sempre gli stessi caratteri, era fortemente filante, conteneva abbondanti quantità di una sostanza mucoide e nel sedimento presentava numerose cellule endoteliali in degenerazione granulo-grassa, linfociti e gocciole libere di grasso.

Il Pesci, per varie considerazioni svolte nel suo lavoro e che qui non è il caso di ripetere, emise come probabile la diagnosi di peritonite tubercolare.

Il paziente dopo essere stato bene oltre un anno, nel principio del 1906 ebbe di nuovo dei disturibi intestinali e poi constatò la ricomparsa della tumefazione addominale che rapidamente si fece cospicua tanto da costringerlo a ripresentarsi all'Ospedale l'8 marzo 1906. Venne di nuovo sottoposto a varie paracentesi, e di più a varie toracentesi, essendosi formato nel cavo pleurico d'ambo i lati un abbondante versamento con gli stessi caratteri del liquido ascitico, estratto la prima volta. Anche dopo questa seconda degenza in Ospedale, il paziente uscì, il 18 maggio 1906, sentendosi tutto guarito, libero di ogni versamento.

Il decorso assunto dalla malattia non ostante qualche dato contradditorio, come la mancanza della febbre, confermò il Pesci nella sua diagnosi che nella seconda nota venne formulata come polisierosite tubercolare.

Il paziente stette nuovamente bene un anno, durante il quale attese sempre ai suoi lavori di manovale, ma poi, verso la metà di giugno del 1907, ricomparve la tumefazione dell'addome e con essa la dispnea nelle fatiche e un senso di forte debolezza. Ricoverato in Ospedale il 30 giugno 1907 presentava nuovamente i versamenti toracici e addominale, costituiti da un liquido filante avente le stesse caratteristiche fondamentali fisiche, chimiche e microscopiche rivelate negli esami precedenti. Sottoposto a laparatomia il 4 agosto 1907, si potè rilevare che tutto il peritoneo parietale e viscerale, sull'intestino, sul fegato, sulla milza, sullo stomaco, era ricoperto da numerosi nodi, fittamente stipati di grandezza varia da quella di una moneta da dieci centesimi a quella di uno scudo. Vennero asportati dei nodi e venne resecata una grossa porzione dell'omento fittamente infiltrato. Decorso postoperativo regolare.

Il paziente potè lasciare l'ospedale nell'ottobre 1907; i versamenti pleurici si erano intanto riassorbiti, l'ascite non più riprodotta.

L'esame istologico dei nodi neoplastici esportati, per i particolari del quale rimando alla diffusa e particolareggiata descrizione di Sampietro e Matini, dimostrò trattarsi di un tumore carcinomatoso, originato dalle cellule di rivestimento del peritoneo, tumore che, per l'abbondanza di elementi contenenti mucina, aveva dato luogo al versamento filante.

Rimessosi rapidamente in forze, il paziente dopo d'allora stette sempre bene ed attese ininterrottamente ai suoi lavori, nel 1908 prese moglie; questa ebbe un aborto per causa traumatica, indi condusse a termine una gravidanza; la bambina, nata sana, morì di 17 mesi per gastro-enterite.

Nel dicembre 1912, il paziente incominciò nuovamente ad accusare disturbi intestinali, con periodi alternati di stipsi e di diarrea, talora con scariche contenenti muco, senso di tenesmo, e verso la metà del gennaio 1913, l'addome ricominciò ad aumentare di volume. La tumefazione andò così rapidamente accentuandosi, che il paziente il 29 gennaio 1913 dovette essere ricoverato nella nostra Clinica Medica Propedeutica.

I dati principali dell'esame obbiettivo furono i seguenti:

Individuo di aspetto piuttosto denutrito ed emaciato. Cute e mucose un po' pallide. Ghiandole piccole e dure nelle regioni cervicale, ascellare, epitrocleare, inguinale.

Nulla di particolare per parte del capo e del collo.

Torace corto, molto svasato alla base. Dambo i lati segni tipici di un versamento assai cospicuo nel cavo pleurico.

Nulla di particolare all'esame del cuore.

Addome molto tumefatto, specialmente nelle parti laterali ed inferiori. Cicatrice ombelicale estroflessa; forma una sporgenza grande quasi come una noce, in parte riducibile; al disotto dell'ombelico la cicatrice lineare, mediana, bianca e lucente, dell'antica laparotomia. La cute dell'addome, molto tesa e lucente, lascia trasparire un gran numero di vene turgide. Senso di fiotto evidentissimo. Colla percussione si rileva che il versamento, libero, giunge fino alla cicatrice ombelicale. Circonferenza dell'addome all'altezza della cicatrice ombelicale cm. 110.

Fegato e milza non palpabili.

Temp.: 37° C. P.: 78 regolare. R.: 20. Pressione omerale: 110.

Nel sangue nulla di particolare. Non leucocitosi. Reazione di Wassermann negativa. Orine acide, q. 500, d. 1035. Tracce di albumina. Non glucosio, nè indacano, nè urobilina. Nulla nel sedimento.

Feci, ora formate, ora liquide. Non muco. Negativa la ricerca del sangue.

Colla paracentesi si estraggono 11 litri di liquido, colla toracentesi 300 cmc. a destra e altrettanti a sinistra. Dei caratteri di questo liquido sarà detto in seguito.

L'11 febbraio 1913 viene dal prof. Bobbio praticata una laparotomia esplorativa. Evacuato il liquido che rapidamente si era riprodotto, si osserva una quantità grandissima di nodi di grandezza varia da un grano di miglio ad una noce avellana, ora sessili, ora peduncolati, ora assai sporgenti, ora appiattiti, diffusi su tutto il peritoneo parietale, sul fegato, sullo stomaco, sull'intestino, per modo che nessun punto del peritoneo esplorabile ne appare risparmiato; lungo la grande curvatura dello stomaco esiste un grosso cordone neoplastico, che risulta essere il moncone del grande omento stato resecato nel precedente atto operativo. I nodi neoplastici sono bianchicci, quasi trasparenti, di aspetto gelatinoso, molli. Non si rilevano aderenze fra le anse intestinali, nè fra queste e le pareti dell'addome o altri organi. Si asporta un pezzo di peritoneo parietale e alcuni nodi applicati sull'intestino per la biopsia. Decorso postoperatorio regolare; il liquido ascitico più non si riprodusse ed il paziente lasciò la Clinica dopo una ventina di giorni in buone condizioni di salute.

Riprese il lavoro e passò altri due anni ancora godendo buona salute e attendendo ai suoi lavori.

Verso la fine di gennaio 1915, ricomparve la sintomatologia altre volte accusata, e nel breve tempo di una decina di giorni la tumefazione addominale si ristabilì e piuttosto cospicua.

Ricoverato in Ospedale il 2 febbraio 1915, subì una nuova laparotomia durante la quale venne raccolta una notevole quantità di liquido, e furono esportati nuovamente alcuni nodi, che cogli stessi caratteri di prima erano abbondantemente disseminati su tutti gli organi viscerali.

Anche questa volta il paziente si rimise in breve e potè riprendere tosto il lavoro. Secondo esatte informazioni avute, il paziente sarebbe morto nel 1916, un anno dopo il suo allontanamento dalla Clinica, in famiglia, e l'autopsia non fu praticata

***

Il liquido estratto dal cavo peritoneale nella quantità di cmc. 11000, di colorito biancastro con tendenza al giallognolo, assai torbido, denso, vischioso, attaccaticcio, abbandona un deposito notevole. P. Sp.: 1020.

Caratteri chimici. — Reazione: alcalina. Col calore il liquido coagula in massa e si può capovolgere la provetta senza che si versi. Lo stesso accade se prima di riscaldare o dopo riscaldato si aggiunge acido acetico diluito.

A freddo, l'aggiunta di acido acetico diluito, provoca la formazione di un grosso coagulo bianchiccio, che non si scioglie in un eccesso di acido. Il filtrato, col calore, dà ancora un forte intorbidamento, con acido nitrico puro dà un forte precipitato bianco a freddo, che non si scioglie a caldo. Il coagulo rimasto sul filtro si scioglie trattato con soluzioni concentrate di alcali forte. Coagulando il liquido diluito, per mezzo del calore, il filtrato raffreddato si intorbida per aggiunta di acido acetico.

Senza o previa dealbuminizzazione non riduce li liquido di Fehling. Bollito a lungo con acido solforico diluito e filtrato, il liquido acquista il potere di ridurre il liquido di Fehling.

Trattato con acido osmico, assume un colorito bruno-nerastro.

Urobilina, pigmenti biliari, sangue, reazione negativa.

Grassi (Soxhlet), gr. 0.133 %.
Albumina (Esbach), gr. 4 %.
Albumina (refrattometro), 4.89 %.
Cloruri (Volhard), 1.52 %.
Caratteri fisico-chimici: $\Delta = 0.59$. $Nd = 1,34463$. $\iota = 6,301$. $\eta = 4.58$.
Viscosimetria (Hess), 7.8-8.

Caratteri microscopici. — Il sedimento abbondante che spontaneamente si separa, di aspetto granulare, bianchiccio, appare al microscopio costituito da numerose cellule isolate o più spesso riunite a gruppetti di 3-4-10 elementi; le cellule libere sono tondeggianti, le altre appiattite nella faccia che si unisce alle vicine, il protoplasma è ripieno di una grande quantità di piccoli granuli splendenti, spesso così abbondanti da mascherare addirittura il nucleo che, ove è visibile ancora, appare rotondeggiante od ovale. I granuli piccoli e lucenti sono pure abbondantissimi sul fondo del preparato, indipendenti dagli elementi cellulari. Trattando con una goccia di acido osmico il preparato, le granulazioni assumono un colorito bruno-nerastro; col Sudan III una parte sola di esse si colora in rosso violaceo. Col paraboloide i granuli appaiono molto rifrangenti, immobili. Nei preparati fissati e colorati i granuli più non si vedono ed il protoplasma delle cellule appare minutamente vacuolizzato e pallidamente colorabile. Oltre e indipendentemente da queste granulazioni libere e endocellulari, si trovano ancora delle grosse gocciole, che talora occupano tutto l'elemento rigonfiandolo e schiacciandone il nucleo da un lato, che colla tionina o col bleu di toluidina presentano la metacromasia in violaceo; anche sul fondo del preparato fra gli elementi colorati in bleu, con tali metodi si vede come un sottile velo rosa-violaceo.

Caratteri biologici. — Il liquido, coltivato in brodo, brodo glicerinato, agar, bile, in presenza o con esclusione di ossigeno, appare sterile.

Iniettato sotto la cute di quattro cavie, nel cavo peritoneale di altre quattro, non provoca alcun fenomeno morboso rilevabile.

Il liquido ascitico estratto durante gli atti operativi, come pure il liquido pleurico dimostrarono identici caratteri con poche insignificanti variazioni quantitative dei singoli componenti.

Esame istologico. — La struttura del tumore appare varia, in quanto si hanno delle formazioni papillomatose e delle infiltrazioni profonde nell'interno della sierosa ispessita.

Le formazioni papillomatose constano di uno stroma connettivo e di cellule di rivestimento. Lo stroma connettivo è formato da un intreccio molto lasso di sottilissime fibrille che si colorano in rosa col liquido di v. Gieson; nei punti nodali si vede anche qualche raro elemento cellulare connettivo di forma fusata, scarso di protoplasma. Fra le maglie del reticolo, qualche raro globulo bianco.

Alla periferia delle propaggini connettive che

formano della neoformazione papillomatosa, adagiate sulla papilla, disposte in modo da formare quasi una menbrana basale, stanno le cellule di rivestimento, ordinate in un unico strato. Esse sono cubiche, nettamente appiattite le faccie che riposano sul connettivo e quelle che si comprimono contro le cellule vicine, alquanto sporgenti e arrotondate in modo da formare festone la faccia libera. Queste cellule hanno un nucleo ovale, disposto col maggior diametro parallelo alla superficie libera della cellula, un po' spostato verso la base dell'elemento, costituito da un reticolo di cromatina ben evidente e colorabile, nelle maglie del quale stanno uno o, più di rado, due nucleoli. Il protoplasma di queste cellule non è abbondante ed appare uniformemente granuloso.

In alcune papille il rivestimento appare dei diversi strati, le cellule sono alquanto schiacciate le une contro le altre ed alcune di esse, negli strati periferici, hanno un grosso vacuolo. Accanto ai punti in cui le neoformazioni papillomatose ora descritte sono l'unica espressione del tumore, ve ne sono altri in cui si osservano dei cordoni che si addentrano nel connettivo, ora semplici, ora ramificati, più o meno lunghi e intrecciati gli uni cogli altri, formati da serie lineari di cellule schiacciate le une contro le altre, contenenti nel loro protoplasma ora uno, ora più vacuoli di grandezza varia, talora così grandi da far apparire la cellula come rigonfia e schiacciare di lato il nucleo.

Tingendo con bleu di tolidina o con tionina, al posto dei vacuoli si vede un sottile strato rosso-viola. Seguendo l'immagine in sezioni seriali accade spesso di incontrare dei punti in cui il tessuto di rivestimento del peritoneo forma come una gemma, la quale si addentra sempre più nel connettivo di sostegno a formare i detti cordoni. Anche per il tessuto di rivestimento delle neoformazioni papillomatose, nelle sezioni in serie, si può nettamente rilevare l'origine dall'endotelio peritoneale, le figure cariocinatiche sono molto rare.

L'irrorazione sanguigna dei tumori non è molto abbondante.

Attorno ai vasi che nelle neoformazioni seguono l'asse, esiste spesso una infiltrazione parvicellulare e in parte anche plasmacellulare, quasi sempre molto moderata, in singoli rari punti intensa.

Alcuni pezzetti dei tumori vennero innestati nel cavo peritoneale, nel fegato e nel rene di nove cavie nelle quali all'autopsia non si rinvenne alcuna traccia di attecchimento.

***

Al caso non occorre un lungo commento, i fatti degni di rilievo risultando dalla semplice esposizione. Essi si riferiscono al decorso insolitamente protratto e benigno del tumore, data la sua natura, e ai caratteri dei versamenti cavitari.

Il tumore, come risulta dalla descrizione sopra data, sembra abbia avuto origine dal tessuto di rivestimento del peritoneo; è un tumore cioè andoteliale, il quale però, come succede spesso, non ha assunto l'aspetto di un tumore connettivale sarcomatoso, ma bensì quello di un tumore epiteliale, carcinomatoso. La diffusione grande assunta dal processo, l'abbondanza dei nodi che non risparmiavano nessuna delle regioni esplorate nelle successive laparatomie, con ogni probabilità diffusi anche alla pleura, come era dimostrato dai caratteri del liquido ottenuto con la toracentesi e in particolare dagli elementi neoplastici presenti in esso, attestava insieme colla natura del tumore la sua malignità.

La carcinosi disseminata del peritoneo, al pari di tutti i tumori maligni epiteliali ha un decorso rapido, senza o con sosta di poco rilievo, che nel giro di 8-12 mesi suole di regola condurre a morte. Nel nostro caso invece si è avuto un decorso eccezionalmente protratto, di 12 anni circa, con periodi di vero arresto, di guarigione apparente, per la scomparsa di tutti i sintomi e per il senso di completo benessere che concedeva al paziente a pieno la sua attività. Uno di questi periodi raggiunse la durata di cinque anni.

Quanto abbiano concorso a mitigare il decorso della malattia le varie laparotomie cui fu sottoposto il paziente, non possiamo dire; tuttavia non è da passare sotto silenzio che già prima degli interventi operativi, il decorso aveva affettato un notevole carattere di benignità. D'altra parte nessuno ha mai fatto parola di una influenza qualsiasi favorevole della laparotomia, sul decorso della carcunosi peritoneale. Occorre dunque di concludere, che quando essa affetta le particolarità del caso nostro, largamente descritte più sopra, essa esula per la prognosi dalla categoria dei tumori maligni; casi simili sono rarissimi, per cui non è ancora possibile di generalizzare una conclusione in questo senso.

Il liquido presentava a un tempo i caratteri delle asciti lattescenti e di quelle mucose. Esso infatti aveva un aspetto di latte diluito ma sciropposo, lasciava deporre spontaneamente un abbondante sedimento, mentre il liquido sovrastante manteneva, per quanto meno bianco, il suo colorito e l'aspetto fortemente torbido. Il dosaggio dei grassi (0.13%) permetteva di escludere senz'altro quelle rare forme di versamento lattescente, non adiposo, contenente molti granuli albuminoi finemente suddivisi e di elencare il nostro liqlido fra quelli lattescenti adiposi. Questi, come è noto, vennero suddivisi per i loro caratteri, e per la loro origine in chilosi e chiliformi, essendo nei primi il grasso di provenienza dal chilo versato nel liquido dai vasi linfatici comunque ostruiti e compressi o rotti, nei secondi invece dalla degenerazione degli elementi caduti in sfacelo e macerati nel liquido.

L'esame microscopico per l'abbondanza di elementi ripieni di granuli grassi e di granuli liberi nel versamento, dimostrava come il liquido in questione dovesse ascriversi fra questi ultimi.

Vi era di più il carattere filante. Dalle reazioni chimiche praticate, risulta che il liquido bollito

con acidi diluiti, acquistava il potere di ridurre il liquido di Fehling, proprietà questa caratteristica dei glicoproteidi e più precisamente delle mucine vere. E che effettivamente si trattasse nel nostro caso di mucina è anche di mostrato dalle altre reazioni praticate, precipitazione con acido acetico e insolubilità di precipltato in un eccesso di acido, soluzione del precipitato in carbonato o in idrato di sodio.

Per quanto riguarda l'origine di questa sostanza mucosa, tra l'opinione espressa da Umber in un caso analogo, il quale pensa a un processo di auto lisi dell'albumina contenuta nel liquido, e l'altra che si tratti di un processo di elaborazione delle cellule neoplastiche, propendo per quest'ultima. Di fatto nelle cellule in questione, per le ricerche da me istituite, si dimostrava sicuramente la presenza di mucina.

BIBLIOGRAFIA.

UMBER, *Ueber autolytische Vorgange in Exudaten.* (*Münch. Med. Wochenschrft*, N. 28, 1902)
PESCI. *Sopra un caso di ascite filante, con ricerche sulla reazione degli essudati verso l'acido acetico.* (Gazz. degli osped. e delle cliniche, n. 76, 1915).
PESCI. *Polisierosite a versamento filante.* (Gazz. degli osped. e delle cliniche, n. 5).
MILLER e WYNN. *A malignant tumor arising from theen endothelium of the peritoneum, and producing a mucoid ascitic fluid.* (The Journal of Pathology and Bacterology, Vol. 12, 1908).
SAMPIETRO e MARTINI. *Ueber einen interessanten Fall von «Ascites filants», bedingt durch sine Bauchfellgeschwulst.* (Zeitscher für Krebsforschung, Vol. 7, F. 2, 1909).

R. Istituto di Patologia speciale medica e di Clinica medica propedeutica della R. Università di Torino
diretto dal prof. A. CECONI.

A proposito dei versamenti lattiginosi non adiposi

per il dott. PIERO BIFFIS, assistente.

Il carattere della lattescenza che assumono talvolta i versamenti cavitari e lo stesso siero di sangue, rappresenta una particolarità clinica che nei singoli casi merita sempre di essere indagata con ricerche speciali, se non altro per una esatta sistemazione dei casi stessi dal punto di vista della natura e della provenienza della caratteristica lattescenza. Com'è noto, è di Quincke la classificazione dei versamenti lattiginosi in chilosi e chiliformi, i primi dovuti a vero spandimento di chilo, i secondi invece a degenerazione grassa di elementi cellulari (endoteliali, neoplastici, ecc.) che si disfanno nel versamento e sono perciò causa di una vera emulsione. E poichè nel maggior numero dei casi tanto per l'una categoria di versamenti, come per l'altra si dànno le cause stesse, ecco che la possibilità di versamenti misti, chilosi e chiliformi a un tempo, si rende evidente ed ha in realtà, nella casistica pubblicata, documentazione sicura.

Non sembra tuttavia che sempre la lattescenza sia dovuta a grasso emulsionato. I casi che alla ricerca si comportano in maniera da rispondere a questo principio, non sono in realtà molto numerosi, tuttavia, e per l'autorità degli AA. che li hanno studiati, e per la concordanza di risultati ottenuti in molti di essi se non proprio in tutti, si è creduto opportuno di creare per i medesimi, vicino a quelle dianzi nominate, una terza varietà di versamenti lattescenti detti *non adiposi* o *pseudochilosi* e che io crederei più semplice dire senz'altro *pseudoadiposi*. Poichè in proposito furono anche affacciate questioni di priorità, non sarà fuor di proposito di avvertire che lo stesso Quincke fin dal 1882 aveva richiamata l'attenzione sulla esistenza di tali versamenti che egli attribuiva ad una emulsione albuminoidea, e, se vogliamo essere esatti fino allo scrupolo, occorre anche di aggiungere che un autore italiano, il Taddei, fino dal 1845 aveva descritto un liquido lattiginoso in un caso di idrocele, che nelle ricerche cliniche si dimostrò sprovvisto di grasso.

Quanto all'interpretazione di questi versamenti lattiginosi senza grasso, gli AA. son d'accordo nell'ammetere l'importanza in proposito delle albumine. Lo stesso Taddei parla di albumina modificata o coagulata, Quincke di una sospensione di granulazioni albuminoidee, Lion di una sostanza albuminoidea speciale dotata di potere riducente da classificarsi tra i glicoproteidi di Hammarsten, Verdelli di una particolare aggregazione mollecolare, nel senso fisico, della globulina, Micheli e Mattirolo dopo aver attribuito il fenomeno alla lecitina, in ricerche ulteriori adottano il modo di vedere di Verdelli.

Gli AA. francesi non a torto rilevano la grande analogia del fenomeno della lattescenza dei versamenti in questione con quella che a volte presenta il siero di animali in condizioni fisiologiche o di deperimento, e lo stesso siero umano in condizioni di malattia, segnatamente nella nefrite. Notoriamente l'intorbidamento lattiginoso del siero di nefritico è attribuito all'albumina, e le granulazioni libere che vi sono state descritte da Widal e Achard erano state viste fin dal 1851 da Frerichs.

Il caso da me studiato si riferisce precisamente ad un paziente malato di cronica nefrite parenchimatosa, che presentava una pronunciata lattescenza così del siero di sangue, come del versamento molto abbondante formatosi nel cavo peritoneale. Per circostanze assolutamente indi-

pendenti dalla mia volontà e dal mio proposito, non furono possibili che ricerche frammentarie ed incomplete sul siero di sangue. Riferisco perciò soltanto su quelle praticate sul liquido del versamento di cui una prima paracentesi fornì 7500 cmc. circa.

Detto liquido presenta una pronunciata lattescenza che non aumenta col tempo. Abbandonato a sè forma una leggiera pellicola alla superficie. Reazione acida. Peso specifico 1014.

I dosaggi praticati hanno dato i seguenti risultati per mille:

Albumina totale (per pesata) . .	gr.	7.9
Sieroalbumina id. . .	»	1.7
Sieroglobulina id. . .	»	6.2
Azoto totale	»	0.51
Estratto etereo totale al Soxhlet .	»	0.98
Grasso	»	0.40
Lecitina	»	0.24
Colesterina.	»	0.34
Cloruri	»	7.5
Fosfati.	»	0.15
Residuo secco	»	16.8
Crioscopia	»	—0.56

Al *microscopio*: leucociti in grande predominio polinucleati, e cellule endoteliali di sfaldamento in degenerazione grassa. Poche granulazioni rifrangenti la luce sospese nel liquido; alcune (meno numerose) più grosse, altre più minute visibili con l'ingrandimento ad immersione. Le une e le altre assumono lentamente un colorito bruno in presenza di acido osmico, queste ultime anche un colorito rosso col Sudan III.

Altre ricerche hanno registrato i risultati seguenti: il liquido, filtrato, conserva la sua lattescenza. Agitato con etere, previa alcalinizzazione con idrato sodico, chiarifica di assai poco. Bollito previo trattamento con acido acetico, filtra limpido. Saturato con solfato di ammonio, filtra limpido. Sottoposto a prolungata centrifugazione, separa alla superficie un tenue strato di sostanza che viene identificata grasso, ma conserva assai marcata la sua lattescenza.

Per i risultati di queste ricerche elementari, il liquido in esame avrebbe meritato di essere elencato fra quelli non adiposi, meglio detto, fra quelli in cui il contenuto in grasso non avrebbe potuto giustificare la lattescenza.

Prima di procedere a ricerche ulteriori che avrebbero potuto mettermi nelle condizioni di appoggiare il caso mio all'una piuttosto che all'altra maniera di vedere, circa l'interpretazione proposta dai vari autori per questa categoria di casi (semplice emulsione di albuminoidi, sieroglobulina, lecitina, glicoproteidi, ecc.) ho pensato tuttavia di dar corso a qualche ricerca complementare atta, secondo la presunzione, a rendermi sicuro nel giudizio preventivo prima cennato.

È noto che il coloroformio precipita i grassi, lasciando intatte le sostanze albuminoidi che con essi si trovano eventualmente presenti. Difatti il liquido, sbattuto con cloroformio, filtra quasi completamente limpido, e la leggera opalescenza che persiste ancora, scompare in seguito ad una seconda filtrazione. Sul filtro resta una poltiglia densa giallo-biancastra. I risultati delle ricerche sul filtrato non sono differenti da quelli ottenuti sul liquido integro, prima riferiti, per quanto si riferisce alle albumine, ai sali (cloruri e fosfati), all'azoto totale, alla lecitina ed alla colesterina. Invece una differenza in meno di gr. 0.36 per mille fu trovata nell'estratto etereo totale, e di gr. 1.20 per mille nel residuo secco. Il grasso fu trovato in quantità di qualche milligrammo per mille (0.015).

Il precipitato rimasto sul filtro, eliminato il cloroformio, si presenta come una massa densa, giallognola, lucente che imbrunisce abbastanza rapidamente con l'acido osmico. Disciolta in un volume di acqua corrispondente a quello del liquido da cui proviene, si riproduce una molto pronunciata lattescenza che permane a lungo, per ore, e si chiarisce in seguito lentamente per lenta progressiva precipitazione al fondo; trattata con etere ed idrato sodico, si chiarifica completamente.

I risultati di cui è stato fatto finora parola, contrariamente a quelli in precedenza registrati, devono far pensare che la lattescenza nel liquido in esame, sia dovuta in realtà al grasso. Altre prove sul precipitato confermano questa opinione. La reazione dell'acroleina è positiva; il riscaldamento, previo trattamento con potassa alcoolica, induce saponificazione; il liquido chiaro e trasparente così ottenuto con aggiunta di H_2SO_4 intorbida e di nuovo si rende limpido con aggiunta di idrato sodico (nuova saponificazione); scuotendo la provetta si ha allora abbondante schiuma.

Il precipitato raccolto nel filtro, corrispondente in peso a gr. 1.15 per mille di liquido, si riconosce in questa maniera formato tutto quanto da grasso. Esso lascia vedere al microscopio in grandissima quantità granuli e goccioline di grasso che si tingono in nero con l'acido osmico, e in rosso col Sudan 3°. È dunque il grasso che è causa della lattescenza del liquido in esame.

Ma allora perchè è mancata la reazione con idrato sodico ed etere, perchè con l'estrazione col Soxhlet sono risultati soltanto gr. 0.40 di grasso per mille, mentre con cloroformio sono

stati pesati gr. 1.15, e perchè dopo la centrifugazione essendosi raccolta una sottilissima pellicola alla superficie riconosciuta formata da grasso, il liquido sottostante è rimasto tuttavia lattiginoso in maniera pronunciata con un contenuto in grasso di grammi 0.015 per mille?

Si può rispondere alla prima di queste domande ammettendo che il grasso, così nei liquidi lattescenti come nei tessuti, possa trovarsi in condizioni fisiche da non essere facilmente attaccato dall'idrato sodico e disciolto dall'etere. Si parla in proposito di una specie di capsula da cui sarebbero ricoperte le goccioline la quale le renderebbe maggiormente resistenti al trattamento ora ricordato. Adam difatti ha da tempo proposto di sostituire all'idrato sodico una soluzione idroalcoolica di ammoniaca, l'alcool essendo in cotesta condizione più attivo dell'acqua a preparare l'azione necessaria dell'etere sul grasso. Con la stessa argomentazione si può rispondere anche alle altre domande. Difatti trattando il residuo secco rimasto dopo la prima estrazione eterea, a caldo, con soluzione acquoso-alcoolica di idrato sodico (saponificazione) e successivamente con una soluzione acquoso-alcoolica di HCl all'1 % (decomposizione dei saponi in glicerina ed acidi grassi), e quindi estraendo ancora col Soxhlet, ho ottenuto gr. 0.70 di grasso, i quali uniti ai gr. 0.40 ottenuti dalla prima estrazione, danno la cifra ottenuta con l'estrazione del precipitato cloroformico, la piccola differenza essendo da attribuire a cause di errori tanto facili in ricerche così delicate per pesata.

Lo studio di questo caso mi sembra incoraggiare il pensiero che la questione della natura della lattescenza in determinati liquidi organici, attribuita alle albumine meriti una ulteriore revisione, prima di escludere del tutto l'importanza del grasso che vi è contenuto, dal momento che tutti gli autori che si sono occupati della questione arrivando a una tale conclusione, si sono quasi sempre limitati al trattamento con lisciva sodica ed etere per escludere che la lattescenza fosse da attribuirsi a grasso emulsionato. Col risultato di tale metodo, come prima ho avvertito, anche il caso mio avrebbe meritato la stessa interpretazione.

Forse lo stesso dubbio si può affacciare circa la lattescenza del siero di sangue che specialmente nella nefrite suole verificarsi. Io spero non mi manchi l'occasione di procurarmi anche in proposito una convinzione personale.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

CECONI. *Sopra un caso di ascite torbida lattescente, non adiposa.* — « Riforma med. », numero 51, 1897.
VERDELLI. « Morgagni », dicembre 1897.
MICHELI e MATTIROLO. « Rivista critica di clin. Med. », n. 4, 1900. « Gazzetta osp. e clin. », 1901, n. 111.
ACHARD. « Società med. degli osped. di Parigi », 13 nov. 1896.
CRAMER. « Munch. Med. Woch. », n. 3, 1902.
FRANK. « Berlin. Med. Gesellschaft. Sitzung », volume 1, 1908.
LUDKE. « Munch. Med. Woch. », 1908, pag. 1369.
PORT. « Zeit. für Klin. Med. », 1906.
MAGNUS LEVI. « Verein für innere med. zu Berlin. Sitzung », von. 20, Juli 1908.
SALKOWSKI. « Deut. Med. Woch. », n. 4, 1909.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE ITALIANO UMBERTO I – CAIRO Egitto).
Sezione di chirurgia diretta dal prof. E. GAGLIO.

L'ascesso epatico prima e dopo la scoperta dell'emetina.

Malgrado il progresso nella diagnosi e nella tecnica operatoria, l'ascesso epatico, fino a pochi anni fa, costituiva una gravissima complicazione della dissenteria amebica, poichè la mortalità globale oscillava dal 40 al 50 %.

Se il grande ascesso del lobo destro, ad evoluzione diaframmatica, per il dolore locale, la deformazione dell'aia di ottusità epatica, i sintomi pleurici concomitanti, era di facile diagnosi, la diagnosi del piccolo ascesso era affidato all'ago esploratore.

Nel piccolo ascesso il fegato non è deformato il dolore locale può mancare, e la febbre può essere leggermente remittente.

E per quanto riguarda l'anamnesi, spesso i sintomi dissenterici sono stati così lievi da non avere attirato l'attenzione dell'ammalato. Le punture esplorative si sono dimostrate sempre innocue tanto che noi avevamo l'abitudine di fare delle punzioni in serie: tre orizzontali, tre oblique superiori, tre oblique inferiori, per esplorare il lobo destro, poichè l'esperienza ci aveva dimostrato che la salute dell'ammalato dipendeva dall'apertura del piccolo ascesso.

I grandi ascessi, o per l'infezione secondaria della cavità ascessuale con cocchi e streptococchi, o per l'intossicazione generale, erano di prognosi triste.

L'ascesso del lobo sinistro, salvo il caso d'infezione secondaria, era di prognosi migliore, appunto per la sua piccolezza.

Dopo l'apertura dei grandi ascessi, la quantità di pus epatico, che giornalmente si rinveniva nella medicazione era tale che pareva di assistere alla fusione del fegato. Gli antisettici applicati localmente si mostravano inutili, quando non erano dannosi.

La prima volta che impiegai l'emetina per iniezioni ipodermiche fu appunto dopo avere operato uno di questi grandi ascessi. Una vecchia signora con grande ascesso del lobo destro ad evoluzione inferiore, la cui apertura aveva richiesto un semplice colpo di bisturi parallelo all'arco costale, presentava nella ogni giorno nella medicatura una quantità così colossale di pus epatico, che si disperava di salvarla. Incominciate le iniezioni ipodermiche di emetina, la secrezione si ridusse con tale rapidità da destare la meraviglia nel personale ospedaliero, e l'ammalata guarì rapidamente.

Ma lasciamo parlare la statistica:

Anno	Numero degli ammalati		Guariti	Morti
	operati di ascesso epatico	curati nella sezione di chirurgia		
1904	267	4	3	1
1905	347	7	6	1
1906	341	4	2	2
1907	340	7	3	4
1908	407	9	6	3
1909	387	16	8	8
1910	443	5	3	2
1911	538	12	4	8
1912	526	4	4	—
1913	568	9	7	2
1914	566	4	2	2
1915	613	7	5	2
1916	630	2	2	—
1917	714	4	3	1
1918	634	1	1	—
Totali	7321	95	59	36

Questa statistica chiaramente dimostra:

1° che mentre il numero degli ammalati della Sezione chirurgica è andato aumentando, il numero degli ammalati di ascesso epatico è andato diminuendo;

2° che se fissiamo al 1912 l'anno in cui si cominciò a diffondere l'emetina, abbiamo: dal 1904 al 1911, su 64 operati, 35 guariti e 29 morti; dal 1912 al 1918, su 31 operati, 24 guariti e 7 morti. Dal 54 % il numero dei guariti è passato al 77 %.

L'uso dell'emetina ha anche semplificato la tecnica operatoria.

Ecco la tecnica seguita negli ultimi anni:

Localizzato l'ascesso con l'ago da esplorazione, iniettiamo sotto cute attorno all'ago, una soluzione di novocaina: quindi incidiamo la pelle e svuotiamo poscia l'ascesso col trequarti. Sulla guida del trequarti, con un bisturi bottonato ingrandiamo l'apertura e, sostituito un klemmer al trequarti, introduciamo un piccolo tubo di drenaggio. Seguiamo sempre questa tecnica senza preoccuparci dell'esistenza o meno delle aderenze quando operiamo l'ascesso attraverso uno spazio intercostale, ma se operiamo attraverso le pareti addominali, preferiamo suturare il peritoneo prima di aprire l'ascesso.

Nella sacca ascessuale non facciamo alcuna iniezione. La guarigione è in generale rapidissima.

Ed ora una domanda:

I piccoli ascessi possono guarire colle semplici iniezioni di emetina?

Noi ne abbiamo la convinzione clinica, ma quando abbiamo diagnosticato un probabile ascesso epatico, e con l'emetina abbiamo visto guarire l'ammalato, non ci siamo creduti autorizzati a praticare la puntura a solo scopo scientifico, come non ci siamo creduti autorizzati a ritardare l'intervento quando la puntura esplorativa ci ha dimostrato l'esistenza dell'ascesso.

Cairo, maggio 1919.

E. GAGLIO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

(Presidenza: Prof. MEDEA).

Seduta del 30 maggio 1919.

Stati morbosi susseguenti alla vaccinazione tifoidea.

L. PRETI. — L'A. illustra due casi nei quali sono insorti fenomeni morbosi a così breve distanza dalla vaccinazione antitifica da far presumere tra questa e quelli una dipendenza come tra causa ed effetti.

Nel primo caso, subito dopo la vaccinazione antitifica, durante la reazione generale che fu intensa e prolungata, si ebbe cecità quasi completa, e l'esame dell'occhio, a sei mesi di distanza, mise in evidenza una papilla molto pallida con vasi ridotti ed il visus ad un ottavo. Vien fatto di pensare che l'affezione iniziale sia stata un processo infiammatorio del nervo ottico, processo infiammatorio che col tempo ha fatto posto all'atrofia.

Nel secondo caso dopo una decina di giorni dalla vaccinazione, insorsero convulsioni cloniche frequenti e numerose a tipo costante brachio-facciale sinistro, dovute con ogni probabilità ad uno stato irritativo o ad una encefalite circoscritta della corteccia nella zona rolandica inferiore destra.

In entrambi i casi, mancando qualsiasi causa remota o recente che possa dare ragione dei fatti

morbosi, si è indotti a pensare alla vaccinazione quale causa probabile; tanto più che le lesioni sono insorte subito dopo l'iniezione del vaccino, e nel primo caso durante la reazione generale. Bisogna quindi pensare che la vaccinazione abbia determinato uno stato tossico acuto (e questa supposizione trova conforto nella reazione generale violenta e prolungata), e quindi siasi verificata una condizione capace di produrre i quadri morbosi descritti.

Appunti di profilassi per le malattie veneree.

A. Pasini. — L'A., in oltre tre anni di osservazioni, ha trovato una morbilità venerea media del 13 % nella prostituzione sorvegliata, ed una morbilità venerea media del 51 % nella prostituzione libera o clandestina. Quest'ultima percentuale decrebbe del 72 % nel 1915, all'inizio delle misure sanitarie coattive, al 41 % nel 1918, con il mantenersi delle misure stesse. Un confronto fra queste percentuali dimostra l'enorme frequenza della morbilità venerea nella prostituzione libera, ed induce alla conclusione, che una efficace profilassi venerea, rispetto alla prostituzione, non può realizzarsi se non attraverso ad una sorveglianza sanitaria metodica e disciplinata. Per cura e sotto la dovuta sorveglianza della superiore Autorità Sanitaria occorre infine siano istituiti Dispensari celtici, o centri venereologici là dove mancano o siano insufficienti, e siano affidati, a scopo di profilassi e di cura, a medici specialisti di ben provata competenza della disciplina dermosifilopatica

Sulle asciti lattescenti nell'infanzia.

C. Cattaneo. — Ricordato che mentre nella letteratura degli adulti i casi pubblicati oltrepassano i trecento, e nell'infanzia non se ne conoscono che venti, dei quali solo due con autopsia l'O. riferisce di due casi in bambine di quattro e quattro anni e mezzo, osservati nella Clinica pediatrica da lui diretta, riportando le storie cliniche, gli esami chimici del liquido ascitico ed i reperti delle autopsie. Nel primo caso, che ebbe un periodo di sosta di due anni, il reperto fu negativo. Nel secondo, durato in tutto quattro mesi, si ebbe il reperto di tubercolosi polmonare e peritonite fibroadesiva.

Discute se sia giustificata la divisione in asciti chilose, chiliformi e pseudochilose, facendo la critica dai dati forniti dall'esame clinico, dai caratteri del liquido, dagli scarsi dati anatomici, ed associandosi al concetto che in tutti i casi la lattescenza sia dovuta a presenza di chimo.

Luigi Preti.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi dell'edema polmonare acuto.

L'edema polmonare acuto va sempre considerato un incidente molto serio e la prognosi ne deve sempre essere riservata, tanto più che se anche l'accesso non è immediatamente fatale, rimane sempre la malattia che l'ha provocato e che finirà tosto o tardi con la morte.

Due sintomi principalmente possono essere di guida per la prognosi; cioè la temperatura e l'espettorato.

Di solito la temperatura non sale durante l'attacco, ed è anzi spesso subnormale: nei rari casi in cui si ha febbre la prognosi immediata va fatta senz'altro infausta, per quanto energica possa essere la terapia.

Ancor più significativi sono i dati forniti dall'esame dell'espettorato. Quando questo si presenta proprio all'inizio dell'attacco ed in quantità che sta in relazione con i rantoli e gli altri rumori rivelabili all'ascoltazione, si può aver ragione di sperare che il paziente si ristabilisca. Ma quando l'espettorazione diminuisce o cessa, senza che vi sia accenno a diminuzione dei segni stetoscopici, la situazione è molto seria per il fatto che trattasi di una broncoplegia, con o senza paresi del diaframma.

L'essudato sieroso, che non viene più eliminato, invade tutto l'albero respiratorio ed il paziente muore per asfissia.

Non si deve però inferirne che ogni paziente il quale espettora liberamente, possa senz'altro salvarsi: vi sono pur troppo dei casi in cui la violenza dell'attacco è tale che il paziente soccombe, malgrado l'espettorazione abbondante e malgrado l'abbondante salasso, che è il solo trattamento razionale dell'edema polmonare.

La gravità della prognosi può venire diminuita da una diagnosi esatta e dall'intervento pronto ed energico che può talora salvare anche il paziente che non espettora.

Per quanto riguarda le circostanze eziologiche, si può ritenere che il grado di insufficienza renale può avere grande significato nella prognosi. Del resto il paziente, di solito affetto da lesioni gravi, come aortite, nefrite interstiziale, è destinato spesso a soccombere dietro un altro accesso che può verificarsi in seguito, a distanze di settimane o mesi. (*Medical Record*, 13 apr. 1918).

Fil.

Emorragia endopleurica nelle complicazioni polmonari dell'infleunza.

Su cinque casi osservati da C. Richet junior (*Societé méd, des Hopitaux*, 21 nov. 1908) si ebbero le stesse manifestazioni cliniche, sebbene gli ammalati avessero forme diverse e cioè gli uni congestione polmonare, gli altri pneumonite o broncopneumonite. Tutti presentarono dal 5º al 9º giorno un aumento dei segni clinici, senza cambiamenti nelle condizioni generali o nelle funzioni respiratorie. Con la stessa diminuzione di risonanza e con gli stessi rantoli fin dai primi giorni si notava dio minuzione dei fenomeni vibratorî, egofonia, con - senza soffio bronchiale. Venne avanzato il sospetto di pleurite, ma alla puntura esplorativa non si estrassero che pochi cmc. di liquido che consisteva apparentemente di sangue puro; il giorno seguente o poco più avanti la puntura diede esito negativo.

Il decorso della malattia non subì apparenti modificazioni; 4 pazienti guarirono, il quinto morì per broncopneumonite; tutti ebbero albuminuria, uno anuria completa.

Il liquido estratto con la puntura conteneva, oltre agli eritrociti, molti leucociti, fra cui pochi polinucleari, e molti mononucleari, specialmente grandi macrofagi, uniti in modo da formare delle lamine endoteliari. L'esame batteriologico lo dimostrò sterile. In altri pazienti, nello stesso ospedale l'A. trovò piccole effusioni di liquido sieroso citrino: l'effusione sanguigna era evidentemente lo stesso essudato a cui si era aggiunto un po' di sangue per una condizione analoga alle solite emorragie che si osservano spesso in altre parti del corpo durante l'influenza.

l. b.

Pneumotorace artificiale doppio.

Si ritiene generalmente che la perforazione della parete toracica d'ambo i lati (pneumotorace doppio) porti la morte. A. Mc Callum (*British med Journ.*, 15 marzo 1919), durante l'applicazione de1 metodo Forlanini, ha potuto osservare in un paziente, alla nona seduta, che oltre al lato sinistro, in cui si faceva il trattamento, era nettamente visibile al fluoroscopio un pneumotorace al lato destro: ambedue le basi polmonari erano nettamente discoste dal diaframma; la parte più alta di queste raggiungeva il quarto spazio intercostale sulla linea emiclaveare.

Il paziente avvertiva un po' il respiro corto e la sensazione di avere del gas nello stomaco; ma poteva passeggiare senza incomodo.

L'A. estrasse poi il gas fino ad avere pressione negativa, ma però ne rimase ugualmente una ecrta quantità dal lato destro, senza alcun effetto spiacevole per il paziente.

Il fatto è evidentemente da attribuirsi ad una perforazione dovuta ad un focolaio tubercolare e dimostra la necessità di controllare l'andamento del pneumotorace per mezzo del fluoroscopio.

r. s.

Gli accidenti cerebrali durante gli interventi sulla pleura. (Punture esploratrici, toracentesi, lavaggi pneumotoraci artificiali).

Amat e Bertier nel *Journal de Médicine et de chirurgie pratiques* (7º fascicolo 1919), richiamano l'attenzione di nuovo come su ogni intervento sulla pleura, anche il più benigno come potrebbe essere una semplice puntura esplorativa, è capace di dar luogo ad accidenti nervosi, gravi, spesso immediatamente letali. Essi distinguono tre specie di tali accidenti:

1º. Accidenti sincopali: inizio brusco, cianosi del viso, morte immediata;

2º. Accidenti convulsivi: in generale come per un attacco epilettico, vi è un vero dolore al fianco e alla spalla, grido, crisi convulsive tonico, cloniche. Qui la mortalità è meno elevata che nella forma sincopale ma raggiunge ancora l'alta percentuale del 70 %;

3º. Accidenti emiplegici od emiparetici: spesso preceduti da convulsioni; quasi sempre persistente e dall'autopsia non se ne trova la lesione cerebrale.

Questi accidenti sono stati osservati in seguito ad una toracentesi od a una semplice puntura esplorativa, più sovente in seguito a operazioni di empiema, ma sovratutto nel lavaggio della pleura: gli autori anzi citano un caso di morte sopravvenuta in coma in seguito al lavaggio della pleura in un caso di pleurite purulenta post influenzale, nel mentre lo stesso malato aveva già subito nei giorni precedenti più lavaggi simili senza il minimo incidente.

Diverse teorie sono state emesse per spiegare questi accidenti, teorie tossiche, del brusco svuotamento, dell'embolia, dell'anemia cerebrale, uremica, riflessa, ma i dati clinici esperimentali recenti fanno ammettere solo quest'ultima con la quale possono essere spiegati tutti i casi senza eccezione. Il determinismo però ci sfugge.

Gli autori consigliano come misura profilattica l'iniezione preventiva di uno, due centigrammi di morfina.

MONTELEONE.

IGIENE.

Vaccinazione e profilassi antitifica.

Mc Caw (rif. in *New York med. Journal*, 19 apr. 1919) fa osservare che per quanto successo abbiano avuto le vaccinazioni antitifiche in tempo di pace, queste sono state invece una protezione insufficiente nelle condizioni di guerra. Purtroppo, poi, molti medici hanno trascurata in parte l'osservanza delle più importanti norme profilattiche, mentre la diagnosi veniva fatta spesso, solo dopo che la malattia aveva durato un certo tempo.

Anche gli errori altrui possono servire da ammaestramento per non restringere nella fattispecie, tutte le misure sanitarie alla sola vaccinazione, ma insistere invece in tutti i provvedimenti profilattici, che hanno dato fin qui buoni risultati.

l. b.

La profilassi antivajuolosa a Parigi durante la guerra.

È stata soprattutto imperniata sulla estensione della vaccinazione: soldati, detenuti, scolari, ufficiali pubblici, profughi, sono stati largamente rivaccinati; è interessante rilevare che i ragazzi sotto i dieci anni hanno dato — nella rivaccinazione — il 36.68 % di esiti positivi, ciò che indica che l'intervallo di dieci anni fra la prima e la seconda vaccinazione è troppo lungo. Sedute speciali di vaccinazione sono state tenute per gli operai arabi, greci, per gli impiegati delle ferrovie, delle banche, dei grandi negozi, e specialmente per gli abitanti di case e di quartieri insalubri nei quali si era verificato qualche caso sospetto. Ogni caso di vajuolo, di vajuoloide od anche di varicella è stato l'oggetto di una inchiesta minuziosa, che ha permesso di riconoscere la filiazione dei casi anche a distanza di mesi ed a traverso casi leggerissimi.

Dal 1º gennaio 1911 al 31 dicembre 1918 sono state fatte 1,374,000 vaccinazioni, numero molto superiore a quello delle persone legalmente obbligate; i casi di vajuolo sono stati 60 (di cui 10 anteriori alla dichiarazione di guerra) con 26 decessi.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sierologiche nella sifilide primaria.

Da uno studio comparativo fra le reazioni di Wassermann e di Hecht, C. C. Simon e P. Gastinel (*Ann de dermatologie et de syphiligraphie*, marzo (1919), concludono che la reazione di Hecht è più costante, più precoce e più durevole che quella di Wassermann. Quest'ultima è stata negativa nelle ulceri di data inferiore ai 14 giorni giorni, positiva in quella di 25 giorni, variabile in quelle di data intermedia, la positività si stabilisce nettamente al 40º-50º giorno dall'infezione.

Nessun rapporto chiaro si manifesta con l'intensità della terapia, sicchè gli AA. consigliano di non basarsi sulle siero-reazioni per giudicare l'efficacia della terapia.

fil.

Malaria e reazione di Bordet-Wassermann.

A più riprese è stata ottenuta una reazione positiva di Bordet-Wassermann nei malarici: ultimamente da Aimé e Lochelongue, i quali avrebbero osservato che la chininizzazione favorisce il fenomeno.

Il problema è stato ripreso da S. I. de Jong e A. Martin (*Bull. et Mém. de la Soc. d. Hôp.*, 1919, nn. 1-2). In più di 300 malarici essi hanno eseguito sia il metodo Wassermann originario, sia il metodo A. Bauer-Allion.

È risultato che dai malarici non luetici si ottengono solo *reazioni pseudo-positive*, in quanto che durante gli accessi il potere emolitico naturale del siero è per lo più assolutamente nullo, come durante tutte le affezioni acute con violenti parossismi febbrili: si ha soltanto l'illusione di una reazione positiva, da assenza d'emolisi, imputabile non già alla fissazione del complemento sull'antigene, per azione dell'ambocettore luetico, ma alla mancanza del potere emolitico non specifico, il quale normalmente ci manca all'azione del complemento di cavio, favorendo o determinando l'emolisi.

Questa falsa reazione positiva è *limitata alla durata dell'accesso* e non è sempre presente: si sono avute reazioni del tutto negative all'inizio dell'accesso, così come al domani, dodici e trenta ore dopo accessi tipici.

La reazione di Bordet-Wassermann conserva dunque il suo valore semeiologico.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(0000). *Ipertricosi nelle regioni sopramammarie.* — All'abb. n. 3117:

Se si tratta di sola lanugine è meglio non far nulla. Se invece si ha da fare con peli veri e proprii si può tentare l'epilazione eletrolitica purchè eseguita da persone competenti e pratiche di questo genere di applicazioni.

V. MONTESANO.

(0000) *Preparazione del lattoblu di Cepède.* — Al Dott. R. G. di S. Giorgio in Bosco: Sciogliere il blu di metilene in eccesso, in una miscela composta con 40 cmc. di acido lattico e 160 di acqua distillata; filtrare ed aggiungere la soluzione satura ad alcool a 95, in proporzione di 1 parte di soluzione per 4 parti di alcool. Oppure si può mettere in un sacchettino una certa quantità di blu di metilene, che si mette poi in una bottiglia da litro, contenente i 40 cmc. di acido lattico ed i 160 di acqua: si aggiungono poi 800 cmc. di alcool a 95°, e si evita in tal modo la filtrazione, poichè il blu di metilene indisciolto rimane nel sacchetto. Nella preparazione di quantità minori si avrà cura di mantenere le stesse proporzioni.

fil.

(0000) *Per la distruzione delle lendini.* — All'abbonato n. 6569: si è già risposto lo scorso anno (fasc. 38, pag. 909, n. 980 di questa rubrica).

R. B.

(0000) All'abbonato 10346: *Fisiologia generale.* — Max Verworn. Casa editrice Fratelli Bocca. Collezione. Biblioteca di scienze moderne.

Pediatria. — Cozzolino O. Manuale di pediatria. Casa editrice V. Idelson. Napoli.

Anatomia patologica. — L. Aschoff. Anatomia patologica 2 volumi. Unione tip. editrice, Torino.

fil.

VARIA.

Il primo "trimenon". — E. Moro (*Munch. Mediz. Wochens.*, 21 ottobre 1918) dimostra, con una serie d'interessanti considerazioni, che i primi tre mesi di vita costituiscono un periodo evolutivo caratteristico, perfettamente definito, che possiede la propria fisiologia, la propria patologia, una fisionomia peculiare. Questo periodo si distingue, infatti, per la rapidità dello sviluppo, tanto in lunghezza quanto in peso (segue una rapida caduta al 4° mese), per l'estrema labilità del sistema digerente e del sistema cutaneo; inoltre il rachitismo e la spasmofilia praticamente non esistono. A tale proposito l'A. contesta che il calcio debba essere somministrato ai lattantl ffn dalla nascita: la quantità contenuta nel latte è bastevole invece, nella maggioranza dei casi, per lo sviluppo normale del bambino durante i primi tre mesi. Altra conseguenza pratica di queste considerazioni: l'allattamento al seno dovrebbe essere continuato per un minimo di tre mesi, nei casi in cui s'impongono delle limitazioni: esso è particolarmente indicato durante questo periodo di estrema fragilità organica.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. DI VESTEA. *Per la difesa sociale contro la tubercolosi.* 1 vol. in 8. Pisa, Tipografia Mariotti, Roma, 1919.

La Commissione centrale di igiene scolastica aveva dato incarico ad uno dei suoi componenti, il Prof. Alfonso DI VESTEA, ordinario di igiene nell Università di Pisa, di esporre i concetti fondamentali per la difesa sociale contro la tubercolosi in una pubblicazione di carattere popolare destinata ad una larga volgarizzazione sia nelle scuole sia nella popolazione in generale.

L'edizione completa che ebbe il plauso della predetta Commissione ha visto recentemente la luce a spese e cura del Ministero dell'Interno Direzione Generale della Sanità Pubblica, e fu presentata nella recentissima tornata del Comitato centrale antitubercolare.

Essa consta di un volume di maggior mole, che si rivolge specialmente agli insegnanti ed alle classi medie sociali, ed uno più ristretto, che contiene in forma schematica le idee esposte nel primo e si rivolge specialmente ai bambini delle classi elementari superiori ed ai larghi strati della parte meno colta della popolazione.

In entrambi sono illustrati i dati statistici da cui risulta l'enorme importaza sociale della tubercolosi, che si eleva a terribile flagello delle nostre generazioni, più terribile delle più temute epidemie, poichè col suo continuo stillicidio di malattie e di morti, che non hanno mai tregua nè sosta, porta danni economici e sociali incalcolabili.

Viene poi spiegato in quali modi si diffonda il contagio e come non sia impossibile difendersene. Occorre però la sinergia di azione fra i pubblici poteri e la collaborazione individuale, senza la quale le iniziative pubbliche danno scarsi risultati.

Appunto nell'intento di illuminare largamente le popolazioni e ottenere il concorso individuale alla grande lotta contro la malattia, il Ministero dell'Interno e quello dell'Istruzione pubblica hanno intenzione di utilizzare il lucidissimo lavoro del Prof. DI VESTEA per diffondere fra insegnanti e e scolari le idee, che vi sono svolte.

Nessuna forza sociale potrebbe, meglio della scuola contribuire alla grande crociata. S. A.

GALLO CABRINI, Relazione. Roma, Unione Tipografica Editrice, 1 vol. in-8 1919.

Il Ministero dell'Istruzione pubblica, nell'estate del 1918, fece eseguire una diligente ispezione alle colonie scolastiche, scuole all'aperto ecc; che funzionavano in quel periodo nelle regioni di

Italia, dove maggior diffusione avevano avuto queste iniziative di assistenza all'infanzia.

Furono così riuniti i dati relativi al funzionamento di svariate istituzioni, che, sostenute da diverse iniziative concorrono tutte nello scopo di portare all'aria libera del mare dei laghi o dei monti i bimbi indeboliti durante la frequenza scolastica e quelli che appaiono predisposti alle forme tubercolari.

Questi dati sono stati pubblicati a richiesta della Commissione centrale d'igiene scolastica in una lucida e chiara relazione dell'ispettore professore Gallo Cabrini, che eseguì la visita. Essa comprende un censimento di moltissime istituzioni che hanno funzionato durante il 1918, ed insieme notizie particolareggiate sull'età dei bambini ammessi, sulla natura della dieta, sui sistemi di vita e di vigilanza, sui tipi delle varie istituzioni, ecc. Infine sono aggiunti ancora alcuni dei migliori statuti, vigenti in colonie di scolari, per modo che l'intera pubblicazione viene a costituire una guida per gli iniziatori di tali benefiche istituzioni.

S. A.

D'ORMEA GUIDO. *La peste*: Manuale pratico di profilassi. Un vol. in-8°, di 313 pag., con illustrazioni e carte. Maglione e Strini ed. Roma. Prezzo L. 15.

Se le nostre cognizioni cliniche sulla peste non sono gran che progredite dai tempi lontani in cui tale malattia è stata riconosciuta come entità clinica ben distinta da altre forme morbose, è grande merito della scienza moderna di averne riconosciuta la causa e di avere attuato i metodi di profilassi, che hanno mirabilmente servito finora ad impedire che lo spaventoso flagello si abbattesse sulle nostre contrade.

Di tutto quanto riguarda l'importante argomento, l'A. (che è capo servizio nell'Ufficio internazionale di igiene pubblica a Parigi) tratta ampiamente traendo largo profitto dell'abbondante materiale di pubblicazioni e di notizie documentarie, che si trovano in tale Ufficio, di cui troviamo traccia nelle copiose notizie bibliografiche.

La prima parte del lavoro tratta la clinica e la batteriologia della peste; vengono in seguito alcuni capitoli sulla storia delle epidemie di peste, sul cammino che esse seguono, sui veicoli del contagio. Nell'ultima parte è chiaramente esposta l'organizzazione della profilassi, per quanto riguarda la polizia sanitaria marittima, la distruzione dei ratti, la profilassi umana e l'internazionale. Chiarezza e praticità sono le caratteristiche di questa interessante monografia.

fil.

S. CONA. *Dieci conferenze d'igiene*, 1 vol. in-8° di pag. 143. — Caltagirone, Tip. A. Giustiniani, e F., 1919.

Questo volumetto contiene le nozioni fondamentali dell'igiene e del pronto soccorso.

Scritto in modo interessante, lucido, attraente, da persona di buon senso, risponde agli scopi di una bene intesa volgarizzazione e costituisce un utile contributo alla letteratura di propaganda.

L'A. ha saputo evitare due scogli: ripetere nozioni trite, di dominio corrente, ed ingolfarsi in nozioni poco accessibili alla generalità. Egli ha dato la preferenza ad alcuni argomenti definiti: la lotta contro lo sputo, la lotta contro le mosche, l'alcoolismo, ecc.

L'utile lavoro riproduce alcune conferenze effettivamente tenute dall'A., il quale dà prova di un magnifico zelo, che non potrebbe essere ammirato abbastanaz.

La presentazione è fatta dal prof. Di Mattei.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MACCONE L.: Ricerche quantitative dei grassi fecali in poppanti sani e malati. — Napoli, 1919.

FINZI O. - MAURO. M.: Considerazioni su 24 casi di ferite dell'addome. — Pisa, 1919.

DURANTE LUIGI: Lo streptococco nelle prime fasi della evoluzione delle ferite di guerra. — Napoli, 1918.

CASTALDI LUIGI: Una piccola infermeria in alta montagna (Appunti di medicina di guerra). — Firenze, 1919.

BALDUINO CANDIDO: La cura adrenalinica associata al chinino nella malaria grave. — Roma, 1918.

RICCI VITTORIO: Un anno di lotta contro le malattie infettive. Resoconto sanitario per la condotta medica di Castell'Ottieri (prov. di Grosseto). Anno 1918. — Acquapendente, 1919.

OLIVI G.: Due casi di rottura dell' aorta per accidente aviatorio. — Roma, 1919.

PERUSSIA FELICE: I movimenti dei proiettili nell'organismo. Guida alla localizzazione radiologica. — Milano, 1919.

PERUSSIA FELICE: Edemi da stasi e pseudo-elefantiasi nell'immagine radiologica. — Milano. 1917.

AGOSTINI CESARE: Contributo clinico alla neuropsichiatria di guerra (Il servizio neuropsichiatrico nella zona Carnica). — Perugia, 1917.

PODESTÀ ELISABETTA: Contributo alla semeiologia dell'adenopatia tracheo-bronchiale nella prima infanzia. — Firenze, 1918.

VALLARDI CARLO: Osservazioni intorno allo scorbuto fra le truppe italiane in Macedonia. — Roma, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Mercantilismo.

La pubblicazione della tariffa degli onorari elaborata dal Sindacato fra i medici di Milano ha provocato da parte del *Corriere della Sera* una nota ispirata a viva simpatia per la classe sanitarai. « Il mercantilismo, scrive il diffuso giornale, dilaga da per tutto; ma fra i medici meno universalmente. Esiste ancora, e non è soltanto una vignetta di vecchio romanzo, il medico che ecse da una casa di malato senza farsi pagare e col cuore stretto. I medici sono i più vicini ai poeti (e, sì, ce ne sono pochi degli uni e degli altri) e gli uni e gli altri qualche volta, per diverse vie, medicano lo spirito degli infelici: ciò che non si può fare se si ha un'annua mercantile ».

Attaverso le cortesi parole di simpatia si scorge un monito, che non possiamo non raccogliere.

I medici, è vero, non possono, nè debbono avere un'anima mercantile La santità del loro apostolato, la efficacia della loro missione ne sarebbe snaturata e diminuita. Ma devono perciò rinunziare al diritto alla vita?

Per non essere o non sembrare interessati non devono chiedere di potere esercitare la loro professione con decoro?

Certo dovere constatare che i medici chiedono miglioramenti economici e fissano tariffe non è bello, non è poetico. Ma di gesti estetici e di poesia non si vive. Ed in tempi di caro-viveri anche il poeta, che non voglia far morire di inedia la propria musa, deve chiedere un maggior compenso all'editore.

Certo in questo torbido periodo di esaurimento della ricchezza mondiale i valori ideali della vita hanno molto preduto della loro importanza. Nella corsa affannosa a conseguire una posizione migliore nella stratificazione sociale, nella lotta di resistenza per conservare il proprio posto, le varie classi hanno perduto ogni movente o obbiettivo ideale. Mai come oggi il materialismo si è dimostrato il fattore essenziale della storia.

Tante concezioni accettate senza discussioni si sono dimostrate illusorie, e cadono infrante senza visibile rimpianto. Un profondo capovolgimento si avvera nella coscienza del mondo.

I dolori, i lutti, le miserie della guerra hanno ingenerato un desiderio prepotente di piacere, di vita, di ricchezza. I sacrifici senza limiti, i martiri senza eguali sopportati per il più puro idealismo apparentemente frustrato nelle sue pratiche applicazioni hanno provocato uno scetticismo generale. L'arco del sentimento teso oltre il possibile si è spezzato. Alla dedizione completa alla collettività è subentrato il particolarismo e l'egoismo di classe.

Giudici, educatori, sacerdoti hanno chiesto talvolta oltre il giusto, e hanno minacciato ed attuati metodi di lotta che essi dapprima condannavano o deprecavano.

Dovevano essere da meno i medici?

Quando la marea del mercantilismo montava, dovevano essi affogare per rimanere attaccati allo scoglio del puro idealismo? Non potevano e non dovevano. Ne avrebbero sofferto materialmente e moralmente. In momenti di mercantilismo chi ne rimane fuori può esserne abbattuto. Solo conservando una posizione economica discreta i medici possono assolvere la loro professione con prestigio e decoro, prestigio e decoro che sono in funzione della efficacia della loro missione.

Tutto sta a non eccedere nelle pretese e non adoperare metodi di lotta eccessivamente volgari.

Non eccedere vuol dire tener conto del tremendo circolo vizioso nel quale si dibatte la nostra vita economica. Tutti chiedono miglioramenti pretestando lo svalutamento del danaro ed ogni concessione di miglioramenti determina una nuova emissione di carta moneta. Mentre da ogni parte si invoca un aumento della produzione, dall'altra si sciopera cronicamente.

E per quel che riguarda i metodi di lotta è appena necessario notare che certi atteggiamenti scamiciati non conferiscono al nostro prestigio, non migliorano le nostre condizioni morali e conseguentemente quelle materiali. I medici hanno sempre bisogno di un'aureola di superiorità ed anche di disinteresse. Fare svanire questa aureola è perdere molto.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Per la legge sulla Assicurazione contro le malattie.

Sotto la presidenza del senatore Perna si è riunita negli scorsi giorni a Roma la sottocommissione incaricata della preparazione di un disegno di legge sull'Assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Dopo un'esposizione fatta dai relatori professori Gobbi e Toja riguardo ai loro studi e alle loro proposte, si è iniziata la discussione generale sui tre punti fondamentali dello schema pre-

sentato dal prof. Gobbi e cioè: l'oggetto della assicurazione, l'assistenza sanitaria e ospitaliera, gli organi dell'assicurazione, e vi hanno preso parte, oltre il presidente e i relatori numerosi commissari.

In ordine all'oggetto dell'assicurazione, che secondo le proposte del relatore dovrebbe consistere nella assicurazione di una indennità di malattia, di indennità alle famiglie in caso di morte delle persone assicurate, nell'assistenza sanitaria e nella prevenzione delle malattie per le persone assicurate, per le persone della loro famiglia e per tutte le altre persone alle quali l'assistenza è dovuta in base alle disposizioni della legge sanitaria, è stato da alcuni rilevato come l'assicurazione di una rendita vitalizia o temporanea a favore della vedova o degli orfani minorenni presenti difficoltà di ordine tecnico e finanziario nei riguardi della valutazione e dell'importanza dell'onere che ne deriva. Ed è stato ritenuto prudente di riservare ogni decisione quando saranno stati fatti i calcoli necessari per la determinazione di questo onere. È stato pure rilevato l'ingente aggravio che sarebbe derivato ai Comuni dalle proposte del relatore per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria; ed è stato affidato ad un Comitato composto di Pironti, Pavone, Loriga, Devoto, Lusignoli, Martinelli, Gobbi e Toja di approfondire questa parte importante dello schema e di completarlo con disposizioni relative all'assistenza ospitaliera.

Nei riguardi degli organi dell'assicurazione, fra i quali figurano le Casse mutue e le Casse comunali e intercomunali di previdenza sociale è stata sollevata qualche obbiezione sull'opportunità di affidare il servizio alle Casse mutue, e qualche riserva è stata fatta dai rappresentanti degli operai per il timore che la importanza che vengono così ad assumere le Casse mutue possa in qualche modo essere di ostacolo ed intralcio allo sviluppo del movimento sindacale.

Gli ordini sanitari e i consigli provinciali di sanità

Fra i desiderata nei quali sono stati in ripetuti Congressi concordi i rappresentanti degli Ordini provinciali dei sanitari, vi era, com'è noto, quello che venisse reso possibile ai presidenti degli Ordini stessi di farsi sostituire, in caso di assenza o di impedimento, da altro componente del Consiglio amministrativo, nell'esercizio della funzione di rappresentanza dell'ente in seno al Consiglio provinciale di sanità e alla sua Giunta.

L'on. Nitti, accogliendo tale desiderio, ha disposto siano subito avviate le formalità di legge per una opportuna modifica della disposizione del regolamento sugli Ordini dei sanitari che a quella funzione attribuisce un carattere rigoroso di personalità, in guisa che sia consentita la surrogazione invocata dagli ordini.

Per una federazione di liberi esercenti.

Si è tenuta a Roma una numerosa riunione di medici liberi esercenti. Dopo lunga discussione fu votato un ordine del giorno nel quale si fa voti che sia istituita una Federazione Nazionale fra tutte le Associazioni di medici liberi esercenti, in modo da concretare un piano unico ed armonico di misure atte a proteggere il libero esercizio professionale. Fu pure deliberato di aderire in massima al costituendo Sindacato italiano con riserva però di approvare prima lo statuto stesso.

Contro la soppressione della Direzione di Sanità militare.

L'on. Petravalle ha presentato la seguente interpellanza:

« Interpello il Ministro della Guerra sulla annunziata soppressione della Direzione generale di Sanità militare, anticipandosi persino il termine stabilito per il suo funzionamento dal Decreto Luogotenenziale 23 agosto 1917, n. 1349 ».

I medici di Milano si riuniscono in Sindacato.

Il giorno 25 maggio venne tenuta in via S. Paolo 10, l'Assemblea per la costituzione del *Sindacato fra i Medici della Città e Provincia di Milano*. — La riunione è riuscita molto numerosa e la discussione preparatoria alla definitiva fondazione del Sindacato è stata lunga, vivace ed improntata a quei sentimenti di coraggiosa iniziativa per poter raccogliere sotto una unica bandiera i medici della Città e Provincia: la bandiera cioè del miglioramento economico e morale secondo le rinnovate condizioni sociali in cui viene a trovarsi la Classe Medica, la quale, dopo aver fatto il proprio dovere in guerra, deve attualmente attendere a riparare ai danni che la guerra stessa ha procurato alla maggior parte di essa.

Il Sindacato fra i Medici della Città e Provincia di Milano per la tutela degli interessi economici e morali della Classe, si è costituito sotto gli auspici della Associazione Sanitaria, la quale accolse favorevolmente il movimento iniziatosi.

Il Sindacato dovrà curare la espletazione e la organizzazione dei Servizii Sanitarii nei loro rapporti cogli interessi morali e materiali della Classe Medica e provvedere alla organizzazione

e coordinazione delle singole categorie dei medici non ancora organizzate.

Prossimamente avrà luogo una nuova Assemblea generale di tutti i medici per la nomina del Comitato Esecutivo, al quale prenderanno parte una rappresentanza delle Associazioni attualmente esistenti e già organizzate, più un determinato numero di medici nominati dall'Assemblea. Le Associazioni esistenti hanno accettato i postulati del Sindacato, e prenderanno parte con fervore ai lavori, appena il Comitato Esecutivo sarà insediato.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la sistemazione dei servizi locali di vigilanza igienico-sanitaria.

Con decreto 24 maggio 1919 fu dal Ministero dell'interno nominata una Commissione con lo incarico di redigere uno schema di disposizioni intese a dare, completando e integrando il sistema della legislazione vigente, organizzazione più definita e salda ai servizi di vigilanza igienico-sanitaria locale.

La Commissione, presieduta dal consigliere di Stato, comm. Mosconi, e composta dei signori prof. Gualdi e Vivante, ufficiali sanitari di Roma e Venezia, e dei signori comm. Zapelolni, del Ministero del esoro, comm. Ragnisco, comm. Châtelain e cav. Fornaciari, del Ministero dell'interno, ha rapidamente compiuto e condoto a termine il suo pur delicato lavoro.

Così oggi, oltre un mese prima dello scadere del non lungo termine assegnatole, ha potuto presentare la relazione del suo operato, accompagnata da proposte concrete, redatte con unanime concordia di consensi dai rappresentanti delle classi di personale interessate e dell'Amministrazione governativa, a conclusione della operosa collaborazione cui erano stati con opportunità grande di criterio chiamati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7872). *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da L. Se nel comune ove è supplente, il titolare manca o per morte o per dimissione, ed il posto è compreso nella pianta organica debitamente approvata ha diritto anche colà alla indennità caroviveri, divisa proporzionalmente fra tutti i Comuni che compongono il consorzio. Di tal che Ella può esigere due di dette indennità e, cioè, nel Comune ove è titolare ed in quello ove è supplente.

(7873). *Indennità caro-viveri – Aumento di stipendio.* — Dott. P. Z. da F. L'aumento conseguito per effetto del D. L. del 10 febbraio 1918 non esclude la successiva concessione della indennità caro-viveri, di cui al D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338. Ella, quindi, deve avere tanto l'uno quanto l'altra, dal momento che l'aumento fu già deliberato dal Consiglio Comunale e debitamente approvato.

(7874). *Indennità caro-viveri.* — Dott. S. A. R. L'essere stato lo stipendio determinato a giorno, non impedisce al medico condotto di ottenere la indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo decorso, n. 338, tanto più che l'ammontare delle singole diarie vien pagato tutto in una volta in ogni fine di mese. La fissazione dello stipendio a giornata deve intendersi, nè più nè meno, che come determinazione in concreto dello stipendio che deve essere corrisposto allo impiegato. E poichè, d'altronde, alcuna limitazione è al riguardo apposta dal succitato D. L., Ella ha diritto alla predetta indennità. Per ottenerla può adire la G. P. A. ed, in caso di esito infruttuoso, anche l'ordinaria autorità giudiziaria.

Il precitato D. L. stabilisce che per ottenere la indennità complementare dovuta pei figli in numero eccedente a tre, questi debbono essere conviventi ed a carico. A tale condizione non corrisponderebbero i suoi, che, per ragione di studio, dimorano altrove pur rimanendo sempre a suo carico. Ad ogni modo, poichè lo spirito e la finalità del Decreto Le darebbe ragione, faccia domanda al Consiglio Comunale e ricorra, in caso negativo, al Prefetto della Provincia.

(7875). *Indennità caro-viveri – Aumento di stipendio.* — Dott. D. D. P. da P. sul G. Il compenso che Ella riceve per la condotta, di cui è supplente, non è stipendio ma una semplice indennità per il maggiore provvisorio servizio, che presta. Per tale ragione esso non è suscettiblle dello aumento previsto dal D. L. del 10 febbraio 1918 nè può dar luogo al pagamento della indennità caro-viveri, che dovrà ricevere solamente per la condotta di cui è titolare.

La dizione dell'articolo 26 del capitolato deve interpretarsi nel senso che al supplente spetti la metà dello stipendio di cui godeva o avrebbe goduto il titolare, se fosse stato in servizio. Epperò Ella deve proporzionalmente usufruire dello aumento che fu concesso poco dopo la sua assunzione in servizio. Se il Consiglio Comunale ha, infatti, riconosciuto inadeguato lo stipendio assegnato ed ha creduto di aumentarlo in lieve misura, non sembra equo negare al supplente la metà della differenza fra il primo ed il secondo stipendio, mentre egli con maggior ragione ne avrebbe di-

a tergo l'elenco degli stipendi annui percepiti e 6º il congedo dal servizio militare.

Doctor JUSTITIA.

All'abbonato n. 10520: Non si tengono a Roma corsi estivi ed autunnali di perfezionamento per i medici; non abbiamo notizia che ne siano organizzati altrove.

Per entrare nella Clinica ostetrico-ginecologica è necessaria l'autorizzazione del Direttore dell'Istituto. R. B.

CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercansi due medici assistenti preferibilmente laureati di recente. Stipendio annuale lordo L. 3030 (tremilatrenta) oltre il vitto e l'alloggio tutti i giorni nell'Istituto e qualche incerto. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

ACQUAVIVA PICENA (*Ascoli P.*). — Cercasi medico interino per supplenza titolare condotta. Retribuzione 600 lire per un mese.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: prof. Pavone Michele, Palermo.
Cavaliere: dott. Missale Gaetano, Melilli (Siracusa); prof. Carpentieri Tommaso, Napoli; dott. Selitto Mariano, Napoli,; dott. Forzati Bartolomeo, Perdifumo (Salerno); Rapisardi Antonino, Roma.
Grande ufficiale: prof. Montefusco Alfonso, Napoli.

***

Alla nuova Facoltà Medica di Amburgo sono stati chiamati 11 professori ordinari: Albers-Schönberg e Brauer per la medicina interna, Dunbar per l'igiene, Eugenio Fraenkel per l'anatomia patologica, Kestner per la fisiologia, Kummel per la chirurgia, Nocht per le malattie navali e tropicali, Weyandt per la psichiatria, Wilbrand per l'oculistica, Meves per l'anatomia, Bornstein per la chimica fisiologica.

NOTIZIE DIVERSE.

Unione Asili madri lattanti.

« L'Unione Asili Madri Lattanti », sorta in Roma ad iniziativa dell' « Associazione per la Donna », ha il nobilissimo scopo di conservare in vita quanti più può bambini illegittimi che purtroppo, a causa principalmente dell' allattamento artificiale, andavano nei Brefotrofi quasi inesorabilmente perduti.

L'istituzione dal 1º agosto ad oggi ha dato assistenza a 46 madri. La mortalità dei bambini è stata bassissima : il 9 % ; molto inferiore alla mortalità media dei lattanti in Italia, che sale al 17 %. Questo risultato straordinario non sorprende se si pensa che l'allattamento avviene nel modo più razionale, circondato da tutte le più scrupolose cure igieniche.

Si determina un rapido rinnovamento morale delle madri accolte, le quali, salvo rarissime eccezioni, dopo poche settimane vogliono tutte riconoscere il proprio bambino. Il beneficio della Istituzione si è orientato anche a richiamare il padre ai suoi doveri.

L'Istituzione funziona anche da scuola di Puericoltura, a cura del sanitario dell' istituzione stessa, dott. Mario Flamini, coadiuvato dalla signorina Emma Amedei.

All'istituzione provvedono il Comitato Romano di Organizzazione Civile, il Ministero dell'interno e molti privati.

Ora il Consiglio direttivo dell'Itituto ha deliberato di fondare nella propria sede una *crèche*, in cui verrebbero assistiti e guardati durante tutta la giornata i bambini dall'uno ai tre anni che hanno compiuto il periodo dell'attamento a « Vita e Lavoro ».

Comitato Medico Milanese per l'incremento dello sport.

Si è costituito a Milano un Comitato sportivo sanitario, che darà la sua opera di assistenza essenzialmente morale, a quanto, nel campo delle esercitazioni fisiche, si venisse compiendo.

È intenzione dei commissari di creare, presso altri centri, gruppi di medici con simili attività, e per cominciare i colleghi di Torino e Modena saranno invitati a costituire delle Sezioni ad hoc, con le stesse finalità.

La Commissione sportiva sanitaria milanese è così composta : presidente : Sironi cav. uff. Torquato ; vice-presidente : Gagliardi dott. Giacomo ; consiglieri : Del Bino dott. Giuseppe, Bellezza dott. Luigi ; segretario : Maranelli dott. Luigi.

Un sanitario aggredito da un pazzo.

A complemento della notizia data sotto questo titolo nello scorso numero aggiungiamo che il dott. Gualino è notevolmente migliorato e prossimo a guarire. Rallegramenti.

Per l'apicoltura.

In un articolo pubblicato nel *Medico Italiano* (16 giugno 1919) il dott. F. L. Scazzòla di Genova, si rivolge ai medici, specialmente ai medici che abitano in comuni rurali, perchè vogliano fars

ritto perchè fa lo stesso integrale servizio con la metà della somma che al titolare, sol perchè tale, si corrispondeva per lo innanzi.

(7876). *Indennità caro-viveri - Farmacie.* — Dottor S. S. da C. Poichè nel Comune ove presta servizio a scavalco occupa un posto previsto nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare perchè morto nel 1916, ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo ultimo n. 338. La farmacia di cui è parola nel quesito, può essere riaperta, se autorizzata secondo le norme anteriori alla legge del 22 dicembre 1888, n. 5849, in vigore nelle varie località o se aperta dopo la pubblicazione della legge predetta, per cui dovrebbe essere considerata legittima.

(7878). *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. D. C. da P. A. Poichè Ella presta servizio di condotta come interino a posto previsto nel capitolato a suo tempo debitamente approvato e privo di titolare perchè deceduto, ha diritto alla indennità caro-viveri fin dal primo giorno della sua assunzione in servizio essendo nel D. L. fissata la decorrenza dal 1º gennaio 1919. Può anche avere gli arretrati, i quali non sono prescritti.

(7879). *Versamento volontario alla Cassa di Previdenza.* — Dott. E. T. da C. La somma che Ella annualmente versa in più del contributo ordinario alla Cassa di Previdenza si cumula come versamento straordinario a suo favore. Quando lascerà il servizio il fondo, come sopra formato, potrà essere ritirato con i relativi interessi, e, se il servizio sarà durato oltre i 25 anni, Le è data facoltà di chiedere che tutto o parte del capitale venga trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione.

(7880). *Aumento sessennale sullo stipendio.* — Dott. R. B. da B. L. L'aumento sessennale va computato sullo stipendio e non sulla indennità di cavalcatura, che deve essere da esso detratta. I successivi aumenti sessennali sono calcolati in base allo stipendio accresciuto del precedente sessennio maturato e liquidato.

(7881). *Aumento di stipendio.* — Dott. C. G. da V. Se Il Comune non ha concesso ai proprii dipendenti l'aumento previsto dal D. L. del 10 febbraio 1918 di guisa che lo stipendio militare sia superiore a quello civile è esso esonerato dal pagamento della differenza fra i due stipendi. Qualora durante il decorso del sessennio si ottenga un aumento di stipendio, occorre iniziare da capo il periodo sessennale. L'aumento dello stipendio deliberato in seguito al D. L. del 10 febbraio 1918 mentre non interrompe il periodo sessennale è tenuto in conto per determinarne l'ammontare. Il tempo passato sotto le armi è computato nel periodo utile per il conseguimento della pensione, sempre che il sanitario abbia nel frattempo continuato a pagare i contributi prescritti. Durante il servizio militare, anche come esonerato, rimase sospeso il periodo utile per l'acquisto della stabilità.

(7882). *Iniezioni ipodermiche.* — Dott. A. T. da A. Le iniezioni ipodermiche non possono essere eseguite da chi non sia esercente medico-chirurgo, sotto pena di contravvenzione.

(7883). *Pensioni.* — Sig. dott. A. D'A. da V. sul M. Il Decreto Luogotenenziale del 9 marzo 1919, n. 338 dispone che gli impiegati che prestano servizio presso l'Amministrazione dello Stato ed un ente pubblico locale l'indennità caro-viveri viene corrisposta una sola volta da entrambi ripartendola a carico dell'uno e dell'altro proporzionalmente agli stipendi rispettivamente dovuti. Assumendo un posto stabile nella amministrazione militare e dimettendosi dall'impiego comunale non si può più rimanere inscritto alla Cassa di Previdenza dei medici condotti, nè gli anni di servizio prestati potrebbero essere calcolati agli effetti del diritto a pensione, che potrà acquistare a riguardo dello Stato.

(7884). *Pensioni - Ammontare.* — Dott. M. M. da T. Con 36 anni di servizio e 65 di età, si liquida l'annua pensione di L. 2,918.

(7885). *Aumento di stipendio.* — Dott, B. G. da M. Il Decreto Luogotenenziale del 10 febbraio 1918 lascia in facoltà dei Comuni concedere l'aumento del 30 % ai propri impiegati. Però avendolo codesto Comune concesso, non si sarebbero potuti escludere i soli medici condotti, tanto più che la ragione addotta non ha valido fondamento in quanto che se i medici condotti hanno proventi speciali dalla loro professione, gli altri impiegati possono trarne egualmente dalla loro personale attività, come dal commercio ecc. Noi crediamo che Ella ben possa ricorrere alla G. P. A. per le eventuali provvidenze di ufficio.

(7886). *Pensione Ammontare - Documenti.* — Dott. abbonato 859. La liquidazione della pensione da Lei indicata è esatta, nè con i limiti di età e di servizio esposti si liquida il massimo di L. 3000. Nulla si conosce circa eventuali propositi di riesaminare la tabella delle pensioni e modificarne le cifre. La domanda per la concessione della pensione deve essere fatta in carta da bollo. Tali documenti sono: 1º l'atto di nascita; 2º l'originale laurea; 3º lo stato di servizio compilato su modulo a stampa fornito dalla Direzione Generale degli Istituti di previdenza; 4º gli atti di nomina o di licenziamento; 5º il certificato del Sindaco comprovante i periodi di prestazione del servizio con

apostoli di questa gentile industria, assicurandoli che oltre ad una piacevole distrazione ne ritrarranno anche un'utilità mate iale, che ridonderà in ultima analisi a vantaggio della Nazione

Per accordi fra attuari interalleati.

L'Assemblea generale ordinaria dell'Istituto degli Attuari, che ha sede a Londra, ha deliberato che un fraterno saluto e congratulazioni per la fine della guerra siano rivolti alle Società Attuariali in Francia, Belgio, Italia e Stati Uniti America.

Il comm. Toja in nome dell'Associazione Italiana degli Attuari, ha risposto che l'Italia è fiera ed orgogliosa di affermare solennemente la sua fratellanza e cooperazione in una disciplina che risponde largamente, nei suoi fini pratici, ai bisogni della vita sociale.

Una carta geografica degli anofeli.

È stata ordinata per la Germania e l'Austria dall'Ufficio Sanitario popolare di Monaco ed affidata ai professori di zoolopia delle scuole superiori e medie (Münch. Mediz. Woch., 2 mag. 1919).

Partecipiamo con vivo dolore la morte, avvenuta a soli 46 anni di età e dopo brevissima malattia, del professor CARLO VIGNOLO-LUTATI, libero docente di Clinica dermosifilopatica, primario dermatologo all'Ospedale S. Luigi di Torino e direttore di un dispensario celtico in quella città.

Già assistente del prof. Majocchi dell'Università di Bologna, si era dedicato con amore alla specialità dermosifilografica pubblicando numerosi ed apprezzati lavori di cui alcuni, anche recentemente, videro la luce nel nostro giornale.

La fiducia unanime dei colleghi lo aveva chiamato alla carica di presidente dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani, ed in questo ufficio, che tutt'ora copriva, aveva spiegato opera energica e non priva di buoni frutti in difesa dei veri specialisti e nella lotta contro le malattie sessuali.

La morte ora lo colpisce nel pieno vigore delle forze e quando egli coglieva il frutto di una vita operosa spesa negli studi e nel culto degli affetti famigliari.

Al lutto della famiglia ed al cordoglio dei colleghi e degli amici, che tanto lo stimavano e lo amavano, si associa anche il *Policlinico*. V. M.

Rassegna della stampa medica.

Quaderni di Psich., mar.-apr. MORSELLI: La poliopatologia cortico-cerebrale secondo la esperienza clinica di guerra.

Journale A. M. A., 1 mar. CHICKERING e PARK: La polmonite da stafilococchi. — RAPOPORT: La fissazione del complemento nell'influenza. — MAXCY: La trasmissione delle infezioni attraverso gli occhi.

Surg., Gyn. a. Obst., mar. JACKSON: La patologia dei corpi estranei nelle vie aeree ed alimentari. — CHEVELAND: La polmonite post-operativa. — ELIOT: L'omentopessia nella cirrosi del fegato.

Soc. Méd. d. Hôp., 20 feb. BERNARD e SIREDEY: Un'epidemia d'influenza tra tubercolotici.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 25 mar. PASTINE: La sciatica con ipertrofia muscolare.

Rev. Méd. d. l. Suisse Rom., mar. GUYOT: Ipoalimentazione e edema da carestia.

Proc. R. Soc. Med., gen. NEWSHOLME: L'influenza (discussione).

La Rif. Med., 22 mar. CAMPANI e BERGOLLI: Sulla semeiologia dell'apice polmonare.

Journ. de Méd. et de Chir. prat., 25 mar. MICHON: I papillomi vescicali.

Gazz. d. Osped., 20 mar. SARAVAL: Gli empiemi toracici metainfluenzali.

Giorn. di Med. Milit., 1 apr. TIZZONI: Note statistiche sul tetano. — CASTRONUOVO: Sulla pandemia da influenza.

Paris Méd., 29 mar. SENLECQ: Trattamento delle fratture della clavicola con spostamento.

Arch. p. le Sc. Med., 1-2. MICHELI e SATTA: Epidemia dei tre giorni e influenza a Torino. — VANZETTI: Aplasia delle vene sopraepatiche. — SOTGIO: Carcinoma primitivo del timo. — CESARIS DEMEL: Le piastrine.

Journal A. M. A., 8 mar. KLANDER: La diagnosi precoce della sifilide. — BEUJAMIN e BROOKS: Sulla diagnosi delle cardiopatie.

Med. Record, 8 mar. KNAPP: Patogenesi dell'asma. — SIMPSON: Alopecia post-influenzale.

Rev. Méd. del Uruguay, 1. NARIO: Torsione dell'appendice e delle cisti ovariche.

Münch. Med. Woch., 7 mar. STOFFEL: Operazioni plastiche sui nervi e sui tendini dopo ferite di guerra. — MAGNUS-ALSLEBEN: Patologia delle nefriti acute.

Presse Méd., 27 mar. LABBÉ: Le enteriti da Lamblia. — WALLICH: Parallelo tra infezioni puerperali e chirurgiche.

Indice alfabetico per materie.

Anno XXVI Roma, 20-27 Luglio 1919 Fasc. 29-30
(Pubblicato il 10 Settembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

AI SIGNORI ABBONATI

Perdurano le condizioni disastrose della nostra industria determinate dall'inconsulto sciopero tipografico. Malgrado il nostro grande impegno ed i gravi sacrifici che ci siamo imposti, valendoci di tipografie fuori di Roma, non siamo riusciti a conseguire interamente il nostro intento, di mantenere, cioè, alla pubblicazione del « Policlinico » una più frequente periodicità. Preghiamo perciò i cortesi abbonati di accontentarsi di quello che ci è stato e ci sarà possibile di ottenere; e rinnoviamo loro la promessa di metterci presto al corrente, come è nostro dovere, tosto che il lavoro sarà tornato in condizioni normali. Chiediamo loro venia se, costretti a valerci di due tipografie, non potremo far seguire un ordine cronologico delle notizie, informazioni e risposte.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI ELETTROTERAPIA E RADIOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Azione antibatterica dei raggi secondari

per il prof. F. GHILARDUCCI, Direttore dell'Istituto

Prima nota preventiva

Nella seduta dell'Accademia Medica di Roma del giugno 1914 comunicai i resultati dei miei esperimenti sull'azione esercitata dai raggi secondari del bismuto sullo stomaco del coniglio. Data la grande mollezza di tali radiazioni e delle altre emesse dai metalli pesanti e data l'azione nettamente antibatterica dei raggi ultra violetti e dei raggi alfa, che sono pure moltissimi, era presumibile che a tale analogia nelle proprietà fisiche corrispondesse un'analogia nell'azione biologica.

Era prezzo dell'opera il verificare sperimentalmente questa ipotesi. A tale scopo stud ai l'azione dei raggi secondari dell'elettrargolo sopra culture virulentissime di bacillo del carbonchio. I resultati furono positivi e furono comunicati alla R. Accademia Medica di Roma nell'anno 1915 (1). Delle sei cavie inoculate colle culture irradiate in presenza dell'elettrargolo, 4 non contrassero l'infezione, due morirono, ma dopo 7-8 giorni dalla inoculazione della cultura e con manifestazioni assai più lievi, mentre morirono in 48 ore dieci controlli, sei dei quali inoculati con cultura + elettrargolo, due colla cultura irradiata semplicemente, due colla cultura senza elettrargolo e senza irradiazione.

Con l'esperienze che formano oggetto della nota presente, io mi sono proposto di dimostrare

(1) V. estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, anno XLI - fasc. I-II.

l'azione antibatterica delle radiazioni secondarie, però senza che il metallo fosse in contatto con la cultura sorgente delle radiazioni stesse, onde evitare l'obiezione che i resultati ottenuti fossero almeno in parte dovuti all'azione del metallo sulla cultura.

La tecnica usata è stata la seguente:

Alla superficie interna del coperchio di una comune capsula di Petri si attacca un blocchetto di paraffina e sulla superficie libera di questa si fissa la laminetta di uno o l'altro metallo del quale vuole studiarsi l'azione: il blocchetto di paraffina dev'essere di tale spessore che la lamina di metallo non disti più di un millimetro dalla superficie del terreno di cultura. La lamina di 4×2,50 centimetri arriva con uno dei suoi lati più brevi alla metà della capsula: trovata la giusta posizione del blocchetto di paraffina si fa la seminazione della cultura da studiare mediante strisciamento sull' agar, si copre la capsula col suo coperchio munito del blocchetto e della lamina metallica, si capovolge il sistema e si espone alla irradiazione: così i raggi primari colpiscono prima il fondo della capsula poi il terreno di cultura, poi la lamina metallica che emetta dal lato d'incidenza dei raggi primari i raggi secondari, i quali colpiscono la cultura. La irradiazione ha una durata di 30 e 60 minuti primi sempre con ampolle molto dure: scintilla equivalente 28-33 centimetri, 1 = 1,50 1 MA.

Gli sparimenti sono stati fatti col bacillo prodigiosus e coi seguenti metalli: piombo, stagno, argento, rame, ferro e alluminio.

Per studiare comparativamente l'azione dei vari metalli in alcuni esperimenti ho fissato sul blocchetto di paraffina due lamine di metallo diverso, servendomi del piombo come campione.

L'attività dei raggi secondari si manifesta *nel modo più evidente con un ritardo od una mancanza di sviluppo* del bacillo in tutta la zona della piastra che corrisponde alla lamina metallica: quando la cultura si sviluppa i suoi caratteri differiscono enormemente da quelli presentati dalla cultura che si trova fuori dell'influenza dei raggi secondar: questa si manifesta con larghe striscie continue senza distacchi, la prima invece è in forma di piccole colonie rotonde con larghe interruzioni. In corrispondenza dei bordi delle lamine metalliche la cultura cambia bruscamente carattere e la larga striscia si continua con una serie di piccoli punti staccati come ho già accennato.

Non vi è dunque alcun dubbio che i raggi secondari emessi da molti metalli abbiano un'azione sulla cultura di bacillo prodigiosus: più attivi si sono dimostrati il piombo, lo stagno, l'argento, un po' meno il rame, scarso l'effetto del ferro, appena apprezzabile quello dell'alluminio.

Per avere un'idea approssimativa sul grado di durezza dei raggi secondari sperimentati ho eseguito il seguente esperimento. Ho coperto la metà della lamina di piombo con un foglietto di carta da lettere raddoppiandolo in corrispondenza del quarto inferiore della lamina. In corrispondenza della carta la cultura si è sviluppata molto di più, però in misura molto minore di quella osservata sulla piastra all'infuori della zona d'influenza dei raggi secondari. Nessuna differenza si osserva tra l'aspetto della cultura corrispondente alla lamina ricoperta con un solo foglio di carta e quella ricoperta con due fogli.

Questa esperienza dimostra che i raggi attivi vengono assorbiti almeno in parte da un solo foglio di carta sottile: essi dunque devono essere straordinariamente molli.

Le esperienze delle quali ho esposto i resultati devono essere completate ed estese a tutte le serie dei metalli ed ai batteri patogeni, poichè i resultati ottenuti sono così chiari ed evidenti da invitare ad uno studio più profondo e più completo di questa parte così poco esplorata della radio-biologia.

Roma, luglio 1919.

(Pervenuto in Redazione l'1 agosto 1919).

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale del Bambino Gesù in Roma
diretto dal Prof. LUIGI CONCETTI

Osservazioni anatomo patologiche su 200 casi di influenza nell'età infantile.

per il dott. UGO MANCINI, aiuto e docente.

Durante la recente pandemia influenzale verificatasi in Roma, all'Ospedale del Bambino Gesù furono ricoverati circa 800 bambini colti da influenza. Dato il numero straordinario di bambini che giornalmente venivano accettati d'urgenza, ben presto furono occupati tutti i letti disponibili tantochè l'Amministrazione si trovò nella dura necessità di aggiungere in ciascuna sala dei lettini-brande onde aumentare il numero dei posti. Ma anche questo provvedimento, se accrebbe la potenzialità dell'ospedale, riuscì a risolvere solo in parte il problema grave della spedalità infantile in quel periodo dell'epidemia che va dal settembre al decembre 1918. Infatti, continuando l'affuenza dei bambini malati non solo dalla città ma anche dal suburbio e dall'Agro romano, la direzione del Bambino Gesù fu nello stesso periodo costretta di adibire due padiglioni della Sezione Isolamento per la cura degli influenzati. E fu ottimo provvedimento giacchè durante tutto il periodo dell'influenza, le altre malattie infettive come il morbillo, la scarlattina, la difterite scemarono come d'incanto. Anzi aggiungerò che mentre per la scarlattina e la difterite hanno sempre funzionato dei piccoli reparti con quattro, cin-

que malati, da circa un anno all'ospedale del Bambino Gesù non si è visto più un caso di morbillo. Lo stesso ritengo sia avvenuto all'Isolamento del Policlinico. Quasi che durante l'evolversi della grande pandemia, gli altri virus abbiano perduto a poco a poco la loro virulenza.

I primi decessi si ebbero in agosto, raggiungendo il massimo nel mese di ottobre con 38 morti.

La mia statistica dei morti per influenza va dall'agosto 1918 a tutto l'aprile 1919. Ho diviso i bambini secondo il sesso e secondo l'età, distinguendo i piccoli bambini fino ai 3 anni (1ª infanzia), e i grandicelli dai 3 ai 12 anni (2ª infanzia).

Nell'*agosto* si ebbero complessivamente 15 decessi, dei quali 9 maschi e 6 femmine. Di questi, 8 maschi e 5 femmine erano bambini da 1 a 3 anni.

Nel *settembre* si ebbero 31 decessi, dei quali 15 maschi e 11 femmine. Di questi, 10 maschi e 15 femmine erano bambini da 1 a 3 anni. Vi furono anche 2 morti per empiema: un bambino piccolo e un ragazzo di circa 6 anni.

Nell'*ottobre* la mortalità raggiunge il suo massimo con 38 decessi, dei quali 16 maschi e 22 femmine. Di questi, 12 maschi e 15 femmine erano bambini da 1 a 3 anni. Furono sezionati inoltre 5 morti per empiema dei quali 2 piccoli bambini e 3 femmine di oltre 3 anni.

Nel *novembre* si ebbero 30 decessi, dei quali 14 maschi e 16 femmine. Di questi, 14 maschi e 14 femmine erano bambini da 1 a 3 anni. Vi furono 3 morti per empiema, dei quali 2 bambinetti e uno grandicello.

Nel *decembre* si ebbero 15 decessi dei quali 5 maschi e 10 femmine. Di questi, 4 maschi e 10 femmine erano bambini da 1 a 3 anni. Furono sezionati pure 4 morti per empiema dei quali un bambinetto, 2 bambini grandicelli, e una femmina di oltre 3 anni.

Nel *gennaio* si ebbero 12 decessi, dei quali 7 maschi e 5 femmine. Di questi, 6 maschi e 4 femmine erano bambini da 1 a 3 anni. I morti per empiema furono 3, dei quali un bambino e una bambina al disotto di 3 anni, e un bambino grandicello.

Nel *febbraio* si ebbero ugualmente 12 decessi, dei quali 4 maschi e 8 femmine. Di questi, 1 maschi e 7 femmine appartenevano ai piccoli bambini. I morti per empiema salirono a 13, dei quali 4 maschi e 7 femmine al di sotto dei 3 anni. Nella maggior parte dei casi si trattava di bambini ammalatisi un mese, due mesi avanti, e anche prima, con broncopolmoniti protratte, in cui il versamento si era stabilito in maniera subdola.

Nel *marzo* la mortalità diminuì ancora, e si ebbero solo 6 morti, dei quali 4 maschi e 2 femmine tutti appartenenti a bambini al disotto di 3 anni. I morti per empiema scesero a 4, dei quali 2 piccoli bambini, e 2 grandicelli.

Nell'*aprile* vi furono soltanto 4 morti per influenza, dei quali 2 maschi e 2 femmine al disotto di 3 anni. Furono pure sezionati 3 empiemi, dei quali 2 bambini piccoli e uno grandicello.

* * *

Dalla presente statistica si rileva come l'infezione influenzale sia stata particolarmente grave nei piccoli bambini per il numero maggiore di casi di morte verificatisi. La mortalità si è mantenuta intorno al 25 %, cifra apparentemente elevata, ma che va messa in rapporto col genere degli ammalati ricoverati. Infatti, i piccoli bambini specialmente, si presentavano quasi tutti in stato grave, dei quali molti morivano; alcuni poche ore dopo, altri dopo 2-3 giorni dal loro ingresso in ospedale. Riguardo al sesso possiamo dire che l'uomo è colpito su per giù con la stessa frequenza della donna, quantunque le bambine abbiano dato una percentuale di morti leggermente superiore a quella dei bambini. Ciò non corrisponderebbe con quanto finora è stato detto per gli adulti: « l'uomo sarebbe più esposto della donna alle complicazioni polmonari ». Il fatto nei bambini si spiega facilmente giacchè nei primi anni di vita non vi sono fra i due sessi abitudini differenti, mentre l'uomo adulto, costretto al lavoro, si esporrebbe più facilmente delle donne a tutte quelle cause che favoriscono l'attecchimento del virus.

Casi di morte dovuti all'influenza propriamente detta, senza complicazioni, non si sono verificati nei bambini. Così pure l'encefalite, la meningite, la meningo-encefalite influenzale di cui vari casi sono stati descritti negli adulti, specie quella forma illustrata dagli anatomo-patologi col nome di encefalite emorragica puntiforme, non ho mai riscontrato nelle numerose autopsie eseguite. Similmente non ho trovato nei bambini localizzazioni midollari dell'influenza. La mielite influenzale, spesso accompagnata da meningite, può rivestire la forma di piccoli focolai diffusi o colpire un largo tratto del midollo. LAVERAN ha illustrato un caso di mielite ascendente acuta sviluppatasi in un individuo durante una broncopolmonite influenzale. GHILARDUCCI ha descritto pure un caso di poliomielite anteriore acuta postinfluenzale. Quindi si deve necessariamente supporre che le complicazioni nervose dell'influenza nei bambini siano piuttosto rare. Vero è che molti casi di influenza nei bambini hanno decorso con sintomi cerebrali, però quasi sempre si trattava di complicazioni polmonari dell'influenza decorrenti con sintomi cerebrali o meningei. Era la cosiddetta broncopolmonite dei bambini, a forma meningea; si trattava cioè di un meningismo clinico e non di una meningite anatomicamente dimostrabile.

Nella clientela privata i casi di influenza cerebrale devono essere stati pure molto rari, non solo per quanto consta a me, ma anche per le notizie

avute dai colleghi. Ricordo soltanto di aver curato nel gennaio-febbraio u. s. un bambino di 5 anni figlio di un colonnello di marina, il quale colpito da infuenza quasi contemporaneamente alle allre persone di famiglia, presentò subito una sindrome nervosa gravissima caratterizzata da iperpiressia, cianòsi, polso frequente e stato comatoso preceduto da lievi sintomi irritativi motori. Nulla presentava a carico dell' apparato respiratorio. Rimase in questo stato oltre una settimana senza potersi quasi affatto alimentare. Furono praticate varie punture lombari ma con esito negativo. Il liquido cefalo-rachidiano era aumentato, fuoriusciva dapprincipio a getto, ma si presentava limpido, con contenuto normale di albumina e con scarsissimi elementi figurati all'esame citodiagnostico. Si pensò naturalmente a un' idrope ventricolare, a una meningite sierosa. Le varie colture eseguite dal liquido estratto, sia in brodo che in agar-sangue e siero di Löffler, riuscirono tutte negative. Verso l' ottava, nona giornata, coll' abbassarsi della temperatura, cominciò il risveglio della coscienza. Il miglioramento continuò nei giorni consecutivi fino a completa guarigione avvenuta verso il 20° giorno.

Il decorso clinico di questo caso mi ha fatto sovvenire di quella speciale forma morbosa ricordata da CAMERARIUS a Tubinga, e caratterizzata da da una sonnolenza invincibile, da febbre e paralisi dei nervi cranici. Fu chiamata col nome di *Nona* e attribuita da alcuni al virus poliomielitico, da altri al botulismo o a speciali microrganismi. La medesima sindrome si manifestò in Italia, nel mantovano, durante l'epidemia del 1889-'90-'91 e recentemente numerosi casi si sono avuti in Austria, Francia, Inghilterra e anche da noi, descritti col nome di *Encefalite letargica epidemica*. Interessante è una comunicazione in proposito fatta dal prof. BIGNAMI all'Accademia Medica di Roma, in una delle ultime sedute. Oggidì il *Nona* si considera come una complicazione encefalica dell' influenza, opinione già emessa fin dal 1891 da BOZZOLO, e da EBSTEIN in Germania.

Concludendo devo dire che le manifestazioni nervose dell' infuenza, nei bambini, durante la recente pandemia devono essere state molto rare. Del resto noi sappiamo che in alcune epidemie predominano le complicazioni broncopneumoniche, in altre quelle intestinali, in altre quelle nervose. Ciò si deve mettere in rapporto con la particolare affinità del virus influenzale ora per il tessuto polmonare, ora per la mucosa intestinale, ora per il tessuto nervoso. Lo stesso si verifica in alcune epidemie di difterite nelle quali la tossina difterica sembra prediligere quasi esclusivamente il sistema nervoso *(difterite paralitica)*.

Le manifestazioni polmonari e pleuriche dell'influenza rappresentano in questa epidemia le complicazioni più frequenti, più gravi e più temibili. Le forme anatomo-patologiche della broncopolmonite influenzale possono essere così distinte:

1°) *Forma nodulare a piccoli noduli*, costituiti da focolai di bronchite e peribronchite influenzale disseminati a quasi tutto il parenchima polmonare, il quale per il suo caratteristico aspetto macroscopico ricorda la forma submiliare della tubercolosi polmonare.

2°) *Forma a grossi noduli*, limitata o diffusa ai due polmoni.

3°) *Forma pseudolobare.*

4°) *Broncopolmonite influenzale a carattere emorragico.* Ne distinguiamo due varietà:

a) *Forma a piccoli noduli* disseminati a quasi tutto il parenchima polmonare: è la cosiddetta *broncopolmonite punctata emorragica.*

b) *Forma a grossi noduli* limitata o diffusa ai due polmoni.

5°) *Broncopolmonite influenzale a tipo suppurativo.* La suppurazione può invadere tutto un lobo polmonare; più spesso si formano dei piccoli focolai miliari di suppurazione che non tardano a confluire e a formare degli ascessi multipli disseminati con vaste distruzioni di tessuto polmonare.

6°) *Broncopolmonite influenzale con complicazioni* (pleurite - pericardite - endocardite).

La broncopolmonite influenzale nelle sue caratteristiche varietà è stata molto spesso accompagnata o seguita da intensa reazione talora sierosa, talora siero-fibrinosa, tal' altra fibrino purulenta o addirittura purulenta della pleura sia toracica che diaframmatica. Ne fanno fede i numerosi empiemi operati durante la recente pandemia. RATHERY, RAULT, DAVID e THOMAS (*Paris Méd.* 1919, n. 9), in base a numerosi casi clinici da loro osservati, distinguono la broncopolmonite influenzale nelle seguenti forme:

1°) *Forma fulminante acutissima* = cianòsi, dispnea, iperpiressia, polso piccolo frequentissimo; morte in 24 ore.

2°) *Forma acuta comune* = decorso dagli 8 ai 15 giorni.

3°) *Forma prolungata:* evoluzione e risoluzione e risoluzione molto lenta dei varii focolai bronco-pneumonici.

4°) *Forma a ricadute:* riaccensione di uno stesso focolaio, o comparsa di altri focolai più o meno distanti l'uno dall'altro *(broncopolmonite migrante)*. La forma anatomo-patologica della broncopolmonite influenzale più frequentemente riscontrata nelle autopsie di bambini da me eseguite è la forma a *piccoli e a grossi noduli*, isolati o diffusi ai due polmoni, presentanti di frequente delle zone emorragiche, edema acuto del parenchima polmonare circostante e spesso un velo di essudato fibrinoso sulla pleura corrispondente. Sono stati eseguiti numerosi preparati istologici nei quali, all'esame microscopico,

è facile rilevare la congestione viva dei capillari polmonari, talvolta anche piccole emorragie interstiziali e parenchimatose, la desquamazione e il disfacimento degli epiteli alveolari, e la presenza di numerosi leucociti più o meno conservati. Qua e là si osservano talora dei piccoli focolai necrotici.

La broncopolmonite influenzale per molti caratteri ricorda il tipo della broncopolmonite morbillosa: sono note del resto le affinità epidemiologiche e cliniche tra l'influenza e il morbillo con il quale l'influenza ha in comune l'estrema diffusibibilità, alcuni sintomi clinici quali la flogosi delle mucose (occhi, naso, faringe, vie aeree superiori), il reperto del bacillo Pfeiffer nella gola dei morbillosi, il quadro ematologico (leucopenia con mononucleosi in 1° tempo; leucocitosi polinucleare appena si manifestano le complicazioni broncopneumoniche) e infine lo stato di immunità relativa, se non assoluta, che i più ritengono segua all'infezione grippale. Però mentre nella broncopolmonite morbillosa, specie nelle forme protratte, si nota con una certa frequenza il manifestarsi di quelle alterazioni (processi ulcerativi) della parete dei piccoli bronchi che sono inizio delle *bronchiettasie morbillose* le quali possono, confluendo, assumere grandi dimensioni e invadere uno o più lobi polmonari, nella broncopolmonite influenzale il reperto anatomico delle bronchiettasie anche minime deve essere raro. Infatti nelle numerose sezioni di bambini morti di broncopolmonite grippale solo raramente ho riscontrato ulcerazioni appena visibili della mucosa dei bronchioli con formazione di piccole cavità. Ciò probabilmente deve stare in rapporto col decorso rapido e invadente della setticemia influenzale che, più spesso del morbillo, in breve tempo conduce a morte.

Nei bambini morti per broncopolmonite influenzale, oltre le caratteristiche lesioni broncopneumoniche dell'influenza, si riscontrano alterazioni più o meno gravi di altri organi, che ritengo opportuno ricordare: tracheo-bronchite acuta a carattere iperemico-emorragico, talora fibrino-purulenta; cuore flaccido, dilatato, con miocardio torbido; iperemia intensa delle meningi e della sostanza bianca e grigia del cervello, tumore acuto del fegato con chiazze più o meno estese di degenerazione grassa; tumore acuto di milza con polpa di consistenza spesso molle; rigonfiamento torbido dei reni (parenchimatosi) fino a una vera glomerulo-nefrite.

Mentre l'otite influenzale si riscontra con frequenza nei bambini, le altre complicazioni quali la parotite, la tiroidite, le flebiti devono essere rarissime. Lo stesso dicasi per la pericardite e l'endocardite influenzale.

Nei piccoli bambini la broncopolmonite influenzale è molto spesso accompagnata o seguita da disturbi, talora gravi, a carico dell'intestino. Tale osservazione clinica è stata confortata da un reperto anatomico interessantissimo. Infatti in molte autopsie eseguite, contemporaneamente alla broncopolmonite si è riscontrata talora una iperplasia dell'apparecchio linfatico di tutta la mucosa intestinale (follicoli, noduli, placche del Peyer); tal'altra una vera colite follicolare con ulcerazioni, diffusa o limitata ad alcuni segmenti del grosso intestino *(cistite segmentaria)*. Nelle forme a lungo decorso la cistite si presentava particolarmente grave, caratterizzata da numerose ulcerazioni isolate o confluenti, alcune riempite da essudato difteroide con notevole edema e infittrazione flogistica dei vari strati della mucosa e sottomucosa *(colite ulcerosa)*. Dal numero dei casi sezionati si può affermare come l'enterocolite, quale successione morbosa dell'influenza, si sia riscontrata in oltre la metà dei bambini morti di broncopolmonite.

Il prof. Socin in una comunicazione fatta alla Società Vodese di Medicina espone le sue osservazioni personal sopra 90 autopsie di morti per influenza (vedi *Policlinico* - Sezione pratica - Fascicolo 17 aprile 1919). Egli si occupa anche dei rapporti esistenti fra influenza e tubercolosi e così si esprime: « Si sarebbe creduto che il tubercoloso, diminuito nella sua resistenza, sarebbe stato una facile preda al microbo dell'influenza. Al contrario esiste un certo antagonismo tra la polmonite influenzale e la tubercolosi. La polmonite è generalmente poco estesa, raramente lobare. La milza richiama anzitutto la nostra attenzione: essa ci colpisce per il suo piccolo volume; in 43 casi su 90 le sue dimensioni erano sensibilmente sotto la media. Secondo il Socin si tratta di una distruzione, di una atrofia del tessuto splenico prodotta dall'intossicazione influenzale, onde la difesa dell'organismo che in condizioni ordinarie dovrebbe procedere dalla milza, resta abolita o quasi ». Per quanto riguarda i bambini, basandomi solo sui reperti necroscopici, non posso essere d'accordo con quanto il Socin ha affermato, cioè dell'antagonismo esistente fra influenza e tubercolosi. Dirò al contrario che la broncopolmonite influenzale ha fatto il maggior numero di vittime nei bambinetti da 1 a 3 anni, i quali presentavano lesioni tubercolari antecedenti: tubercolosi grigio-caseosa di una o più glandole peribronchiali, peritracheali, meseraiche. Nei bambini con sclerosi tubercolare di un apice o con lesioni tubercolari bronchitiche o broncopolmonitiche limitate a uno o a due lobi polmonari, la broncopolmonite grippale si è sviluppata ugualmente con le sue caratteristiche, assumendo spesso la forma confluente pseudolobolare. Posso affermare che il 30-35 % dei bambinetti morti di broncopolmonite influenzale presentavano lesioni tubercolari precedenti, con speciale localizzazione alle glandole dell'ilo polmonare.

Il prof. Socin afferma che non esiste tumore di

milza nell'influenza, anzi ricorda che in 43 casi su 90 le dimensioni della milza erano sensibilmente sotto la media. A questa atrofia della milza attribuisce i deboli poteri di difesa degli influenzati, e la frequente comparsa delle infezioni secondarie dovute al pneumococco, allo streptococco o ad altri germi. Ciò non collima con quanto asseriscono numerosi altri anatomo-patologi e che cioè nell'influenza, oltre un tumore acuto di fegato con chiazze più o meno estese di degenerazione grassa, si trovi un tumore di milza con polpa di consistenza spesso molle. Dalle mie osservazioni personali risulta che in tutti i bambini morti per influenza si è trovato sempre un tumore di milza, con polpa talora molle e con follicoli malpighiani evidenti. Vero è che nei bambini l'apprezzamento dei tumori di milza è difficilissimo non solo per il fatto che nei primi 3 anni di vita la milza rappresenta un organo emopoietico in attività esegerata, ma anche per il fatto che molti bambini rachitici, scrofolosi, eredotubercolosi, eredoluetici, dispeptici, presentano talora un rilevante tumore di milza. La presenza di questo tumore di milza preesistente non ci ha mai impedito però di constatare anche macroscopicamente la sovrapposizione del tumore acuto *(tumore cronico di milza riacutizzato)*.

RIVISTE SINTETICHE

Le carni congelate

La carne è un alimento di uso generale e largo, specialmente nelle città dove le condizioni di lavoro e di ambiente sono tali da richiedere un vitto sostanzioso e facile a digerire. Le popolazioni che consumano carne in più quantità sono le più operose e le più evolute, quelle che si attengono a vittitazione vegetariana o pochissimo carnea sono adatte a lavori campestri, alla corsa, ma sono poco resistenti al complesso e non di raro più affaticante lavoro imposto dalle moderne esigenze della vita.

Rendere la carne di facile acquisto agli umili, che appunto per le loro condizioni di vita ne hanno maggiore bisogno, rappresenta quindi un problema la cui grande importanza non può certo sfuggire a nessuno.

Si è cercato di risolvere questo problema trasportando la carne sui nostri mercati dai paesi dove la produzione bovina è esuberante, e l'applicazione del freddo artificiale alla conservazione delle sostanze organiche ne ha reso possibile il trasporto a distanza. Durante la guerra l'introduzione in Europa delle carni congelate è cresciuta immensamente e nella carne congelata le nazioni belligeranti hanno trovato un prezioso aiuto e per il vettovagliamento degli eserciti e delle popolazioni.

L'Inghilterra, che possiede la più grande flotta frigorifera del mondo, ha introdotto nel 1918 450.000 tonnellate di carni congelate, e nel mondo intiero nel 1918 ne è stata trasportata più di un milione di tonnellate. Parigi e il dipartimento della Senna ne consumano ogni giorno da duecento a duecentocinquanta tonnellate.

L'applicazione del freddo artificiale alla conservazione ed al trasporto delle sostanze alimentari è cominciato solo nella seconda metà del sec. XIX.

BOULEY nel 1874 presentava all'Accademia delle Scienze di Parigi una relazione sugli esperimenti fatti ad Auteil da TELLIER sulla conservazione di sostanze alimentari suscettibili di rapida putrefazione, e particolarmente della carne da macello, per mezzo dell'azione continuata di aria fredda e secca. In questa interessante relazione, dove non vi sono ricerche di carattere chimico, ma solo osservazioni su caratteri fisici e organolettici, BOULEY notava che se la durata della conservazione delle materie organiche nella camera fredda può essere considerato come indefinita dal punto di vista della putrescibilità, altrettanto non può dirsi dal punto di vista della commestibilità. Le carni mantenevano infatti i loro caratteri commestibili nei primi quaranta, quarantacinque giorni, ma dopo questo periodo di tempo si esagerava il grado di tenerezza e prendevano un sapore grasso.

Le carni che furono oggetto della relazione di BOULEY erano mantenute ad una temperatura che variava da $+3^o$ a -2°.

A questi esperimenti fatti da TELLIER ad Auteil seguirono i primi tentativi di trasporto a grandi distanze di carni conservate con il freddo.

Nel 1877 il Governo Argentino e la Società rurale di Buenos-Ayres nominarono una Commissione per riferire sullo stato di conservazione delle carni con il freddo artificiale, e questa Commissione si espresse favorevolmente.

A questi primi tentativi e a questi primi studi seguì rapida la creazione di frigoriferi in Australia ed in America, dove ben presto l'industria del freddo applicato alla conservazione delle sostanze alimentari raggiunse uno sviluppo veramente meraviglioso.

Ai primi sistemi di refrigerazione per cui la carne perde le proprietà commestibili dopo 40-45 giorni si sostituirono i procedimenti di congelazione: la carne viene raffreddata a -15°-20° e viene poi mantenuta a temperatura di -5°: in tal modo conserva le proprietà commestibili per più mesi.

Ricerche sulle modificazioni chimiche che il freddo determina nelle carni furono fatte per la prima volta nel 1897 da GAUTHIER e poi nel 1907 da RIDEAL e nel 1908 da PENNINGTON, del Ministero di Agricoltura degli Stati Uniti, e da RICHARDSON di Chicago.

GAUTHIER studiò comparativamente la compo-

sizione chimica di carni fresche ovine e bovine francesi e di carni congelate di provenienza argentina. Dalle sue ricerche GAUTHIER rileva che le carni congelate contengono meno acqua ed una percentuale di principî nutritivi assimilabili più elevata delle carni fresche, la digeribilità *in vitro* è uguale, la durata di conservazione dopo il disgelo non è minore di quella della carne fresca, la struttura istologica non è modificata.

RIDEAL nel 1907 fece una serie di analisi su campioni di carni fresche, refrigerate e congelate, e dalle sue analisi rilevasi come la congelazione e la refrigerazione non modifichino in modo sensibile la composizione delle carni.

Uno studio molto interessante e completo è quello presentato da PENNINGTON al primo Congresso internazionale del freddo a Parigi nel 1908.

PENNINGTON studiò dal punto di vista chimico, batteriologico, istologico le carni di pollo conservate con il freddo. In queste ricerche PENNINGTON dimostra che gli *enzimi* anche a bassissima temperatura (— 10°) esplicano la loro azione. La conservazione delle carni congelate quindi non può durare così a lungo come taluni vorrebbero ammettere, ed è a questa lenta azione enzimatica che si debbono riportare le modificazioni del grasso che a lungo andare si osservano nelle carni congelate.

Anche RICHARDSON, nella relazione presentata al Congresso internazionale del freddo a Parigi nell'ottobre 1908, studiò le modificazioni fisico-chimiche e biochimiche illustrando più specialmente l'influenza che il metodo di congelazione e di disgelo ha sulla conformazione istologica e sulla qualità nutritiva delle carni.

ASCOLI e SILVESTRI nel 1911 per incarico della Direzione generale degli Ospedali di Roma eseguirono uno studio completo sulle carni congelate e ne esaminarono:

a) la composizione chimica, comparativamente alla composizione chimica delle carni fresche;

b) l'azione sulla secrezione gastrica;

c) la digeribilità *in vitro;*

d) l'assimilazione in uomo normale;

e) le modificazioni istologiche;

f) i processi autolitici.

Dai dati analitici riportati nel lavoro di ASCOLI e SILVESTRI risulta:

a) Le carni congelate contengono meno acqua delle carni fresche conservate da uno o due giorni alla temperatura ambiente, e ciò in rapporto al prosciugamento necessario a cui vengono sottoposte prima della congelazione.

b) Le carni congelate hanno una percentuale maggiore di sostanze azotate ed anche una percentuale maggiore di grasso.

Questo reperto si può mettere in rapporto da un lato con il minore contenuto in acqua in cento parti di carne congelata, da un altro lato con il diverso regime di vita dei bestiami argentini e australiani cresciuti con l'allevamento brado, e che rappresentano certamente come bestiame da macello un genere migliore dei bovini che sono generalmente mattati da noi.

c) Diminuzione della quantità di glicogeno nelle carni congelate.

d) Aumento degli albuminoidi solubili in acqua e dei peptoni.

La diminuzione della quantità di glicogeno, l'aumento degli albuminoidi solubili e dei peptoni fanno pensare che la congelazione, pure inibendo completamente i germi della putrefazione, non impedisce completamente i fenomeni di autodigestione. Quindi, sebbene lentamente, si hanno fenomeni di proteolisi dovuti all'azione degli enzimi capaci ancora di agire alla temperatura di congelazione.

Per lo studio dell'azione delle carni congelate sulla secrezione gastrica ASCOLI e SILVESTRI servendosi di un cane operato di stomaco succenturiato secondo il metodo di PAWLOW-HEIDENEIM compararono l'azione eccitante sulle ghiandole gastriche della carne congelata in rapporto alla carne fresca per vedere se vi fossero modificazioni sia nell'inizio e nella durata della secrezione, sia sulla quantità del succo gastrico secreto e sulla sua composizione fisico-chimica. Dall'insieme dei dati si rileva chiaramente che la carne congelata ha sulla secrezione gastrica la stessa azione della carne fresca, il succo gastrico non dimostra infatti con le due carni modificazioni fisico-chimiche apprezzabili. Anche lo studio in rapporto all'assimilazione dimostra che non esistono differenze apprezzabili tra l'assorbimento della carne congelata e della carne fresca.

***

Dall'insieme delle loro ricerche ASCOLI e SILVESTRI concludevano che le carni conservate con il freddo artificiale rappresentano un elemento sano e certamente queste carni possono essere adoperate senza inconvenienti.

Malgrado però e il resultato di ricerche scientifiche e l'esperienza sopratutto di quest'anni di guerra in cui interi paesi hanno in gran parte consumato carni congelate, pure presso di noi vi sono ancora preconcetti contro l'uso di queste carni.

La guerra con la distruzione di tante energie ha determinato anche nel nostro paese un impoverimento nel quantitativo del bestiame e la crisi del bestiame preoccupa fortemente nei rapporti e delle difficoltà alimentari e dei bisogni dell'agricoltura.

Sarà necessario per qualche anno risparmiare il nostro bestiame ed intensificarne la produzione. Sorge quindi naturale il bisogno di diffondere l'uso della carne congelata ed è anche dovere dei medici

vincere ingiustificati pregiudizi che contro l'uso di queste carni vi sono ancora nel popolo.

Gli inglesi e i francesi consumando grande quantità di carne congelata hanno potuto avere carne a buon prezzo e senza troppe restrizioni ed hanno anche potuto risparmiare il loro bestiame.

In Italia l'Amministrazione comunale di Milano, unica finora fra le Amministrazioni comunali, si è fatta patrocinatrice del consumo popolare della carne congelata divulgandone l'uso ed insegnando a cucinarla.

Acciocchè la carne congelata si presenti sana è necessario che la decongelazione sia fatta metodicamente in ambienti secchi, a temperatura di 12°-13°, è necessario che non sia tenuta esposta all'azione diretta del sole o vicino a sorgenti di calore, che sia protetta dalla pioggia e dalla polvere.

S. SILVESTRI

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA

Patogenesi e natura del versamento pleurico a destra nelle cardiopatie.

(Prof. G. EVOLI, *Folia Medica* n. 9-10, marzo-aprile 1919)

Nelle cardiopatie si hanno spesso complicanze pleuriche e polmonari; più numerose le polmonari, ma non rare quelle pleuriche. La più frequente di queste si ha nello scompenso cardiaco e consiste in un versamento pleurico bilaterale (idrotorace coi caratteri di trasudato. In presenza però di versamenti unilaterali, quasi esclusivamente a destra, coincidenti con le cardiopatie, ma non assolutamente colla loro fase di scompenso, versamenti ostinati malgrado ripetuti svuotamenti e somministrazione di cardiocinetici, sorge la questione se trattasi di veri essudati, di trasudati e di una combinazione di entrambi. PETER e HUCHARD credettero a una irritazione pleurica da periepatite, consecutiva alla congestione epatica per stasi, SAINT-FILIPPE lo mise in rapporto con una alterazione del parenchima polmonare (stasi polmonare, edema polmonare e talora complicazioni di polmonite con focolai pleurici). DUSQUEZ e altri ritengono invece come causa più frequente gli infarti polmonari, provocati specialmente dalla les. dell'orifizio auricolo-ventricolare sinistro. VILLANI, FELIZIANI, CRUCHET riscontrarono la natura infiammatoria del versamento ed ammisero perciò la pleurite e non l'idrotorace. VAQUEZ (1917) ritiene il versamento pleurico destro o sinistro dei cardiopatici di natura infiammatoria, versamento che spesso consegue ad infarti emoftoici, ma che talora è indipendente da questi. In tal caso assume l'andamento di una pleurite banale e si ha sopratutto in soggetti affetti da insufficienza mitralica, da sinfisi pleurica o da degenerazione miocardica. La ragione della sede a destra crede doversi ricercare nello stato congestizio del fegato e così anche la facile recidiva.

Se però è vero che nella maggior parte dei casi di versamento pleurico destro nei cardiaci si tratta di essudato, non raramente si è in presenza di un vero idrotorace destro, descritto da osservatori illustri come BACCELLI, CARDARELLI, EICHHORST ecc. BACCELLI fin dal 1863 ammise trattarsi di un difficoltato deflusso dalla vena azigos, dovuto al fatto che il ventricolo destro ipertrofico per la cardiopatia, si abbassa e trascina con sè l'orecchietta corrispondente, in modo che resta stirata la cava discendente e di conseguenza anche la grande azigos che sbocca in essa dopo avere accavallato il bronco destro. Questo per la sua resistenza restringe il calibro della vena, onde stasi nelle sue radici e versamento pleurico a destra. EICHHORST e CARDARELLI credettero di dover ricercare la causa nell'ostacolo allo scarico della cava superiore e conseguente disturbo circolatorio della vena azigos. ESER (1902) ammette per la spiegazione del versamento a destra e della sua pertinacia la frequente tumefazione dei gangli bronchiali e dell'ilo polmonare, congiunta all'aumento di pressione endovenosa che si ha nella cardiopatia.

L'idrotorace destro si riscontra quasi esclusivamente negli aortici, nei quali lo scompenso e la stasi generale hanno poca o niuna importanza nel meccanismo di produzione del fenomeno.

È assolutamente eccezionale nei mitralici e in tal caso secondo EVOLI si tratta di lesione valvolare d'origine arteriosa. Resta ora a spiegare in quale specie di infermi di questo tipo di cardiopatie con più facilità si produce e con quale meccanismo.

Evidentemente non può esservi versamento pleurico destro con caratteri di trasudato, se non si ha ostacolo nel circolo venoso generale della cava discendente e della grande azigos in specie, per cui l'ostacolo a un libero deflusso di questo vaso produce trasudazione.

Le ipotesi però invocate per la interpetrazione del fenomeno non sono sufficienti. Così, se fosse vera quella di BACCELLI, il versamento dovrebbe esser più frequente nelle lesioni mitraliche, ove l'ipertrofia del ventricolo destro e l'abbassamento del seno destro, causa prima della stasi della grande azigos, si avvera in modo più accentuato che nelle lesioni aortiche. Nè ha maggior valore l'ipotesi che la stasi dell'azigos sia dovuta all'eccessiva dilatazione del ventricolo sinistro, per cui il setto interventicolare si incuneerebbe verso il ventricolo destro, restringendone la cavità, onde grande replezione del seno destro e quindi dilatazione notevole delle cave (oltre all'insufficienza della tricuspide), specie della superiore con tutti i suoi affluenti, in particolar modo dell'azigos, come affluente più vicino al cuore. Se ciò fosse vero non si spiegherebbe perchè in

ogni caso di insufficienza tricuspidale non si avvera idrotorace destro.

L'A. ricerca perciò la spiegazione del fenomeno specialmente nella disposizione anatomica della grande azigos, dell'aorta e della vena cava superiore. Infatti esaminando topograficamente questi vasi in una sezione che cada sulla base cardiaca a livello della fuoruscita del tronco vascolare, troviamo dal l'avanti in dietro e da sinistra a destra: arteria polmonare, aorta ascendente e vena cava discendente. La vena sta in rapporto con la parte iniziale dell'aorta nella sua faccia laterale interna; l'azigos è inserita nell'angolo laterale esterno e posteriormente e propriamente nell'angolo formato all'esterno dalla cava superiore e all'interno da l'aorta. É chiaro che una dilatazione dell'arteria nel suo lato antero-esterno (ectasia aorta ascendente, aneurisma) determina compressione nel punto della cava ove sbocca l'azigos e quindi stasi in questa vena e conseguente versamento pleurico destro.

Ma l'azigos nel suo punto di sbocco nella cava è in rapporto all'indietro coi gangli bronchiali e col bronco destro, per cui una notevole tumefazione di tali gangli e del bronco può determinare ugualmente idrotorace destro per compressione sull'azigos. Da queste conoscenze si possono ora trarre conclusioni e stabilire abbastanza sicuramente in quali cardiaci e in quali condizioni può riscontrarsi l'idrotorace destro. Il fattore stasi, pure essendo necessario, non è il più importante. Infatti nelle lesioni mitraliche scompensate manca l'idrotorace destro o in caso di versamento questo è bilaterale. Ciò è dovuto all'assenza di una causa che ostacoli il circolo dell'azigos. Una tale condizione invece si ha in casi di ectasia dell'aorta nel suo lato antero-esterno, ciò che può riscontrarsi frequentemente in malati d'insufficienza aortica tipo Hodgson, nei miocarditici, nei cardiorenali ed eccezionalmente in lesioni mitraliche arteriose.

CESETTI

CHIRURGIA

Il testicolo fluttuante e i suoi misfatti

(R. KŒNIG, *Revue Médicale de la Suisse Romande* n. 2, febbraio 1919)

Nell'embrione umano i testicoli, situati nei lombi, entrano nel canale inguinale verso la fine del sesto mese e raggiungono il fondo dello scroto poco prima della nascita. Le anomalie di discesa sono abbastanza frequenti e comprendono un certo numero di varietà. Con Duplay si possono distinguere due grandi categorie, secondo che si tratta d'un arresto della migrazione normale o di anomalie derivanti da una direzione viziosa presa dalla glandola.

A. - Arresto della migrazione normale

1. Ectopia addominale: *a)* sotto-renale (posizione primitiva); *b)* iliaca; *c)* retro-peritonale (vicinissimo all'orificio interno del canale inguinale).
2. Ectopia inguinale: *a)* interna; *b)* intestiziale; *c)* esterna.
3. Ectopia inguino-scrotale: (testicolo arrestato fra l'orificio esterno e il fondo dello scroto).

B. - Direzione viziosa

La glandola, dopo avere oltrepassato il canale, è respinta nel tessuto cellulare sottocutaneo:

1. Ectopia sotto-addominale.
2. Ectopia crurale.
3. Ectopia perineale.

Frequenza — Secondo le statistiche francesi la ectopia testicolare si riscontra nel 0,17 %: MARSHALL l'ha trovata nel 0,10 %. La varietà inguinale è la più frequente, poichè comprende il 68 % di tutti i casi; poi viene l'addominale (15,9 %), poi la inguino scrotale e la perineale (6,8 % ciascuna), infine la crurale (2,3 %). Le varietà della categoria A non si escludono reciprocamente: uno stesso soggetto le riunisce qualche volta tutte e tre, grazie alla mobilità eccessiva del testicolo, chiamato allora fluttuante.

Etiologia — Il meccanismo della discesa del testicolo è stato molto discusso; la maggior parte degli autori lo spiegano con i rapporti ineguali di accrescimento fra le parti e attribuiscono al gubernaculum di HUNTUR un'azione ora determinante ora puramente passiva. Ma tale questione non è risolta in modo soddisfacente; a più forte ragione le ipotesi proposte per interpretare l'ectopia sembrano insufficienti. Ecco le principali: dimensioni esagerate della glandola, strettezza del canale o dei suoi orifici, esistenza d'aderenze peritoneali, disposizione o struttura viziosa del gubernaculum.

Sintomi — L'atrofia del testicolo ritenuto è quasi la regola (KOCHEN). Esso è un organo degenerato, un organo funzionalmente morto (FELIZET e BRAULT).

Finchè rimane in modo permanente nel ventre, i sintomi sono nulli, salvo quando diviene — fatto rarissimo — la sede d'un neoplasma. Ma appena la glandola non resta intraperitoneale, essa è suscettibile di provocare accidenti.

Per il testicolo interstiziale o attaccato presso l'orificio esterno, la compressione all'epoca dell'accrescimento di volume dovuto alla pubertà può provocare fenomeni di orchite e può risultarne un vero strozzamento, simulante in tutto l'incarceramento erniario, ed è stata constatata la necrosi del testicolo, seguita da peritonite.

Infine, poichè le ectopie senz'ernia concomitante sono rare, una serie di complicazioni proviene dalle relazioni del testicolo con l'intestino. Queste sono variabili: il dotto peritoneo-vaginale è ora obliterato al disotto del testicolo, ora resta beante. Secondo che un'ansa intestinale discenda più o meno nel cul di sacco peritoneale, o che, facendo pressione sull'orificio inguinale esterno restato chiuso, essa scolli in alto il tragitto peritoneo-vaginale e s'impegni tra i muscoli grande obliquo da una

parte, piccolo obliquo e *fascia trasversalis* dall' altra, diverse qualità di ernie possono risultarne. RIZZOLI, che le ha studiate, ne ha descritto fino a diciotto specie. Inoltre, allorchè la glandola e l'ernia sono a contatto, si formano facilmente aderenze anormali. Quando un' ernia di questo genere si strozza, ne possono derivare tutte le complicazioni possibili. Teoricamente il numero di queste complicazioni è infinito; tuttavia nella letteratura non si riscontrano che poche osservazioni, per lo più casi di strozzamento semplice del testicolo arrestato nella sua migrazione e rari casi di strozzamento intestinale coincidente con una ectopia.

L' A. riporta la storia di un caso personale di testicolo sinistro fluttuante per lungo tempo, poi complicato da aderenze intestinali, terminato con uno strozzamento interno. Per molti anni si ripete lo stesso giuoco: espulsione attraverso il canale inguinale del testicolo, abitualmente contenuto nell'addome; strozzamento; riduzione spontanea. L'ultima volta però, in seguito a sforzi, il testicolo viene espulso e non può essere ridotto. I dolori sono vivissimi: sopravvengono vomiti copiosi, prima alimentari, poi biliari. Il testicolo è strozzato davanti all' orificio inguinale esterno, ma presso di lui si deve trovare un' ansa intestinale, poichè la percussione della tumefazione dà in parte una sonorità netta. Assenza di meteorismo, dolori spontanei vivissimi, sete intensa, polso con 10 battute più del normale, alvo completamente chiuso.

Il giorno seguente la tumefazione si presenta diminuita e non sembra comprendere che il testicolo, poichè la sonorità è completamente scomparsa. Malgrado ciò, l' assenza di gas, la persistenza dei vomiti, la differenza di sonorità sull' addome, segno di distensione ineguale degli intestini, fanno pensare a uno strozzamento interno. Mentre l' infermo è condotto in ospedale per esservi operato, avviene la riduzione completa.

Il giorno appresso, si ha poco vomito, piccola quantità di feci in seguito a clistere, temperatura sempre normale, ma niente gas e polso un po' più frequente.

Dopo tre giorni dall' inizio del male i vomiti cominciano a prendere odore e aspetto di materie fecali, il ventre si presenta meteorico, persiste la chiusura dell' alvo. La diagnosi di ostruzione intestinale, probabilmente dovuta a uno strozzamento interno, sembra fuori di dubbio e s' interviene chirurgicamente.

Aperto l' addome, si trova un po' d' ascite sanguinolenta; a sinistra si trova un voluminoso ammasso costituito da un' ansa del tenue saldato al testicolo. Questo è legato alla regione dell' anello inguinale interno da una guaina spessa, larga quanto esso, che parte press' a poco dal suo equatore e l' avvolge a metà. Il polo superiore stirato si prolunga in un cordone sottilissimo e denso che attornia dall' avanti all' indietro l' ansa intestinale per andare a fissarsi sul foglietto posteriore del mesentere. Questo cordone sezionato lascia apparire un profondo solco a fondo sfacelato, dovuto a un vero schiacciamento lineare che ha obliterato il lume dell' intestino e ne ha ridotto le pareti allo spessore di una foglia di carta. L' ansa afferente è fortemente dilatata, l'efferente flaccida, vuota, brunastra: le vene del mesentere sono trombizzate per un buon tratto. Si fa la resezione della parte necrotica e laminata del tenue, e se ne riuniscono i capi con doppia sutura termino-terminale. Il testicolo causa di tutto il male, piccolo, molle, sclerotico, atrofizzato, è tolto, senza che sia possibile di rendersi un conto esatto della topografia dei suoi involucri ispessiti e saldati fra loro.

Chiusura del ventre con quattro piani di sutura. Guarigione *per primam.*

È probabile che, fin dall' inizio dei primi strozzamenti, un frammento d' intestino abbia accompagnato il testicolo nelle sue escursioni; è impossibile però di sapere a che momento il contatto diviene più intimo: piega connettivale congenita, forse gubernaculum di Hunter inserito viziosamente, o briglia neoformata più tardi nel corso dei molteplici strozzamenti? L' operazione non ha potuto chiarire questo punto.

Trattamento del testicolo fluttuante — In un soggetto giovane l'orchidopessia è indicata allorchè il peduncolo possiede lunghezza ed elasticità sufficienti per permettere la fissazione definitiva senza alcuna tensione lontano dall'orificio inguinale esterno; in caso contrario. è meglio togliere deliberatamente il testicolo se presenta segni d' atrofia o respingendo nel ventre e chiudere il canale. Dopo il 30° anno, la glandola ectopica potendosi considerare come sicuramente atrofizzata, non bisogna esitare a consigliarne l' ablazione. B. MASCI

NEUROLOGIA

L' herpes zoster della faccia

(SICARD, ROGER e VERNET, *Revue Neurologique*, 1919 n. 1)

È ben noto che l' herpes zoster si localizza ad un gruppo cordonale posteriore ed alle radici corrispondenti; ma un fatto sul quale i libri di testo in genere non richiamano l' attenzione ha una particolare importanza dal punto di vista patogenetico e nosologico: la frequente propagazione della lesione al sistema simpatico.

La lesione contemporanea del ganglio radicolare e del ganglio simpatico è provata da molti fatti clinici. Così nell' herpes zoster brachiale inferiore, quello che colpisce la VII e VIII radice cervicale e la I dorsale, si può avere la sindrome di Bernard-Horner. D' altra parte i dolori post-erpetici presentano caratteri e modalità speciali che provano l'associazione simpatica. L' algia post-erpetica, che ricorda il tipo causalgico, consta di molteplici sen-

zazioni, senso di contusione, di bruciore, di scottatura, parestesie ed iperestesie cutanee, le quali si modificano sensibilmente con le variazioni igrometriche. I disturbi vaso-motori che precedono l'eruzione dello zoster, le vescicole erpetiche, le bolle parlano ancora in favore dell'intervento del simpatico e confortano la teoria dell'herpes zoster ganglio-radiculo-simpatico.

Ciò che appare evidente per lo zoster del torace e degli arti è di più difficile interpretazione, ma non è men vero, per lo zoster della faccia. Mentre i segmenti del torace e degli arti sono correttamente ordinati in sezioni metameriche, lo sviluppo ontogenetico e filogenetico ha soppresso i metameri superiori provocando una disarmonia tra gli elementi nervosi di tipo differente: simpatico, sensitivo e motore.

Al *nervo trigemino* è annesso il ganglio di Gasser del sistema radiculo cordonale posteriore. Gli altri gangli, l'oftalmico, lo sfeno-palatino, l'otico appartengono al gruppo simpatico e sono alla loro volta sotto la dipendenza del ganglio cervicale superiore. V'ha dunque disarmonia anatomica tra gli elementi del gruppo simpatico e le fibre sensitivo-motrici, ma il V paio nel suo insieme forma un tutto completo con autonomia motrice, sensitiva e simpatica.

Al contrario il *nervo facciale* è un nervo prevalentemente motore. La sua radice sensitiva è costituita dal nervo intermediario di Wrisberg, che nel corso del suo tragitto intrapetroso si getta nel ganglio genicolato e solo pochi dei suoi filetti sensitivi oltrepassano il detto ganglio per mescolarsi alle fibre motrici del tranco del facciale. A questo piccolo fascio di fibre è da una parte dovuta la formazione della corda del timpano partecipante con il nervo linguale, branca del trigemino, alla innervazione sensitivo-sensoriale della parte anteriore della lingua, e dall'altra è dovuta la costituzione di un fascio sensitivo innervante, secondo Ramsay Hunt, la superficie cutanea di una piccola estensione del condotto uditivo esterno e dell'interno del padiglione dell'orecchio. Questa superficie è limitrofa a quella del territorio cutaneo trigemellare innervata dal l'auricolo temporale, ma resta indipendente dall'innervazione del V paio. In questo nervo motore-sensitivo manca evidentemente l'omologo di un ganlio simpatico perchè il ganglio genicolato è del tipo radiculo-posteriore e nessun altro rigonfiamento a elementi simpatici è annesso direttamente al nervo facciale.

Queste considerazioni anatomiche e fisiologiche sui nervi V e VII consentono di comprendere i differenti tipi di herpes zoster generalizzati o parziali, ed anche associati, che possono colpire la faccia.

Zona del trigemino: a) Zona trigemellare. - Le vescivole si localizzano nel territorio delle tre branche oftalmica, mascellare superiore e mascellare inferiore con compartecipazione dei gangli simpatici. Si ha dunque anestesia della cornea, disturbi pupillari, per lo più miosi, enoftalmo ed appiattimento della guancia.

b) Zona parziale trigemellare. - L'eruzione è limitata a uno o due dei tronchi del trigemino. Quando sono colpiti due di questi tronchi si tratta sempre di due branche vicine: oftalmica e mascellare superiore, o mascellare superiore ed inferiore.

c) Zona associata trigemellare. - Si ha uno zoster trigemellare con paralisi motrice oculare e masticatoria. La vicinanza dei nervi motori oculari e del nervo masticatore a livello del ganglio di Gasser spiega l'associazione paralitica delle branche nervose oculari, per lo più l'oculo motore comune, e la paralisi masticatoria, che in ogni caso non provoca che una disarmonia passeggera della funzione laterale masticatoria.

Zona del nervo facciale o del canale petroso o otitico. - È bene indicare questo zoster col nome di *otitico* non di *otico* per evitare confusioni: infatti il ganglio otico è del tutto estraneo alla regione auricolare. L'herpes otitico colpisce il ganglio genicolato, la cui lesione per diffusione infiammatoria nell'acquedotto petroso, può provocare la reazione dei nervi vicini: facciale, nervo intermediario di Wrisberg e acustico. Il quadro clinico è allora dell'herpes zoster otitico totale.

a) Zona otitico totale. - Le vescicole sono distribuite a livello del fascio sensitivo di Ramsay Hunt (padiglione dell'orecchio e condotto uditivo esterno). La lesione del nervo di Wrisberg può per l'intermediario della corda del timpano agire sulla funzione sensitivo-sensoriale della lingua. La compressione del nervo facc'ale inoltre determina una paralisi facciale e la distensione dell'acustico provoca diminuzione dell'acutezza uditiva e disturbi uditivi soggettivi.

b) Zona otitico parziale. - La localizzazione erpetica può rimanere strettamente limitata al ganglio genicolato e produrre solo un'eruzione vescicolare della regione sensitiva di Ramsay Hunt con leggeri disturbi uditivi.

Zona trigemino-facciale. - In questa forma la reazione erpetica colpisce insieme il V ed VII paio, e sono in causa il sistema gasseriano e genicolato. Il quadro clinico è quello di una paralisi facciale con eruzione vescicolare all'orecchio (VII paio) ed erpete sul territorio di distribuzione di una o più branche del trigemino (V paio). DR.

CONFERENZE

La cura della sifilide del sistema nervoso

Da una conferenza tenuta all'Associazione medica di Trieste il 7 aprile 1919 dal dott. prof. S LVIO CANESTRINI, libero docente nella R. Università di Roma.

Negli ultimi anni di sua vita disse Ricord (1): « Si les choses continuent à marcher de ce tra'n, bientôt la pathologie interne deviendra une annexe de la siphylis ».

Ed invero due sono le malattie che ogni medico a qualunque specialità appartenga, deve conoscere, la sifilide e la tubercolosi.

A dire il vero, per tutte le discipline mediche la lue è una infausta collaboratrice, ma fra tutte le specialità chi vede ogni giorno le stragi prodotte da questo morbo è il neurologo e l'alienista, ai quali incombe il triste compito di studiare le distruzioni fatte dalla spirocheta. Se non v. fosse la triste affinità della spirocheta pallida pel sistema nervoso, la lue non sarebbe una malattia tanto grave. Eppure è una cosa ben nota che questa affinità della lue pel sistema nervoso sia sotto forma di lue congenita cerebrale o tabe dorsale o paralisi progressiva non si riscontra in paesi privi di coltura dove la sifilide è quanto mai diffusa.

Il prof. DURING, che fu per parecchi anni a Costantinopoli e che fece dei viaggi in Asia minore per incarico del governo germanico mi disse che nelle sue peregrinazioni non constatò neppure un caso di sifilide del sistema nervoso sopra 10,000 luetici. Quando invece le persone più abbienti si recano a Costantinopoli per sottoporsi ad una cura antiluetica e qui prendano dimora, danno esse una percentuale forte di tabetici e paralitici.

Ma non è la cura specifica, come potrebbe sembrare, la causa della affezione luetica sul sistema nervoso ma il tenore di vita del tutto cambiato in un grande centro ove la cultura europea coi suoi divertimenti e vizii logora il midollo ed il cervello.

La scoperta del NOGUGHI, la messa in evidenza cioè della spirocheta nei cervelli dei paralitici e nella tabe dorsale è per importanza non secondaria a quella fatta da SCANDINN e da HOFFEMANN.

Dopo i reperti del NOGUCHI è erroneo parlar oltre della labe e della paralisi progressiva quali malattie meta o paraluetiche: esse sono vere malattie luetiche con distruzione del sistema nervoso da parte delle spirochete.

La sede dei processi a carico della paralisi progressiva è localizzata di solito nei lobi pontali del cervello (2) ed anche qui venne riscontrato il maggior numero delle spirochete che sono ben visibili col metodo del tusch, queste trovansi a preferenza attorno ai piccoli vasi sanguigni (3); molte volte non si riesce a scoprire la spirocheta (4) perchè nella paralisi progressiva sembra che gli assalti sieno determinati in seguito ad una disintegrazione delle spirochete e all'effetto del riassorbimento delle endotossine (5). Berger (6) innestò nei testicoli di 20 conigli parti del cervello di paralitici ed in 3 casi si ebbero delle alterazioni luetiche di questi organi.

Jakob e Neggandt (7) inocularono a scimmie la spirocheta e poterono trovare infiltrazioni luetiche delle meningi e della corteccia cerebrale in questi animali.

Nelle sue lezioni anni fa il mio venerato maestro prof. Mingazzini (8) dava una grande importanza alle alterazioni luetiche dei vasi cerebrali già nel secondo stadio della s'f lide. Mingazzini dimostrò che in molti casi di luetici pochi mesi dopo aver contratta la lue vi era una infiltrazione luetica delle arteriole cerebrali e con ciò fu precursore alle scoperle fatte alcuni anni dopo da Dreyfuss ed Assmann (9) secondo i quali nella lue recente vi ha solamente in 22 % dei casi il liquido cerebrale senza elementi patologici, i quali poi col tempo vanno di solito scomparendo, senza lasciare traccie sul sistema nervoso di questa passeggera leptomeningite luetica. Secondo il Königstein (10) le altezazioni del liquido nel secondo stadio della lue sarebbero del 41 % mentre invece minima sarebbe la percentuale nel terzo stadio.

Questi reperti sono un monito eloquente per dimostrare la causa organica delle cefalee tanto frequenti negli affetti di lue recente.

(1) RENAULT A. — Tendance actuelle à rendre la syphilis responsable de presque toutes le maladies actuelles. - *Monde Médical* n. 196.

(2) JALMEL — Die Verteilung der Spirochäten im Gehirn bei Paralyse. - *Zft. für die ges. Neur. u. Psych.*, vol. 16, fasc. 3.

(3) HAUPTMANN — Uber herdartige Verteilung der Spirochäten im Gehirne bei Paralyse - *Zft. für die ges. Neur. u. Psych.*, vol. 14, fasc. 1.

(4) BOUMANN L. — Die Spirochaeta pallida bei Dem. paralytica. - *Zft. für die ges. Neur. u. Psyc.*, vol. 16, fasc. 4.

(5) EHRLICH P. — Biologische Betrachtungen über das Wesen der Paralyse. - *Allgem. Zeits. für Psych.*, 71, 830, 1914.

(6) BERGER — Uber den nachweis der Spirochäten des Paralytikern im Tierexperiment. - *Münch. Med., Woch.*, 35, 1913.

(7) JAHOB e WEGGAUDT — Mitteilungen über experimentelle Syphilis des Nervensystems. - *Münch. Med., Woch.*, 37, 1515.

(8) MINGAZZINI G. — Anatomia clinica dei centri nervosi. - Torino, 1913.

(9) MONNE — Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Siehe de neuen Forschungsergebnisse.- *Münch. Med. Woch.*, 37, 1913.

(10) KÔNIGSTEIN — Uber Liquorbefunde bei Luetischen. - *Münch. Med., Woch.*, 15, 1917.

Nel 1911 potei dimostrare alla clinica grazese che in seguito ad infusioni intravenose col salvarsan in tabetici e paralitici l'indice albuminurico ed il reperto citologico del liquor si modificavano fino a raggiungere l'indice normale (11); questo fatto avvalorato poi da altri medici se da un canto mostra che il salvarsan ha una influenza diretta anche sul liquido cerebro spinale, d'altro canto non ha che un valore teorico, perchè purtroppo al miglioramento del liquido non tiene sempre dietro un miglioramento dei sintomi soggettivi ed oggettivi.

In quell'epoca potei anche constatare che l'infusione di salvarsan cagionava una distruzione degli eritrociti con leucocitosi; simili resultati vennero anche pubblicati da Bardazzi, Quarelli e Micheli.

La Wassermann diventa negativa, ma dopo qualche mese il processo luetico può rifiorire di bel nuovo: è cosa tanto frequente nella cura della lue. D'altro canto si deve tener presente che la Wassermann positiva del liquido si riscontra a preferenza in persone il cui sistema nervoso è già colpito dal processo luetico: questo criterio può essere un sintomo differenziale per la diagnosi di semplice neurastenia in persona luetica o di lue del sistema nervoso.

La guida per ogni medico per fare la diagnosi di lue del sistema nervoso sono i sintomi elinici. Il Monne (12), colla sua vasta esperienza sulle reazioni del liquido e del siero, insegna che tali reazioni devono rappresentare nella diagnosi l'ufficio di ancella non di guida.

La curà poi della sifilide cerebrale in forma non ancora distruttiva come nella paralisi progressiva è quanto mai svariata; oltre al salvarsan più efficace nella lue nervosa del salvarsan-natrium e del neosalvarsan, che contengono il 20 % di arsenico, si usava nella clinica di Graz il calomelano con olio di mandorle amare secondo l'indicazione del dott. Micolich, il novasurol, ottimo preparato, l'embarina, l'enosolo, il merccuol, l'olio cinereo al 40 % ecc. Anche l'ioduro deve venir consigliato: nei casi nei quali poi occorra una pronta ed energica cura iodica si potrà adottare l'infusione intravenosa dell'ioduro di sodio fino a 25 grammi in soluzione al 10 % per volta; Klemperer (13) la fa alle volte seguire subito alla infusione del salvarsan.

Si deve solamente tener presente che l'ioduro anche per bocca nelle persone vecchie vien mal tollerato e che anche nei giovani non si dovrebbe somministrare l'ioduro se non vi ha aumento della pressione vascolare.

(11) CANESTRINI S. - Uber Erfolge der Salvarsanbehandelung bei Tabes dors. - *Neurologisches Centralblatt*, 1912, n. 1.

(12) MONNE-HOLFMANN — Ueber Wassermannsche Reaktion. *Mon. f. Psych.* - Bd. 27, 1910.

(13) KLEMPERER — Uber intravenöse Jodtherapie - *Therapie der Gegenwart*, 56, 85, 1915.

Da parecchi autori venne poi tentata la iniezione del salvarsan direttamente nella cavità intradurale. Wechrelmann, Marinesco e Tusrewski (14) adoperano il salvarsan in soluzione fisiologica e ne iniettano 1-3 mgr.; dosi superiori ai 6 mgr. sono da sconsigliarsi perchè si ebbero esiti letali per paralisi dei centri della respirazione e per encefalite emorragica. Specialmente il Gennerich (15) è un fautore dell'iniezione del salvarsan direttamente nella rachide: incomincia egli nella tabe con una dose di 1/4 mgr. e non sorpassa mai la dose di 1 mgr. Altri autori quali il Werther (16), il Schacherl (17), il Levison (18) difendono quest'applicazione attribuendo ad essa una influenza diretta sul sistema nervoso, cosa che essi non ammettono col metodo intravenoso.

Macgeli (19) e Bouman (20) sono invece contrarii all'applicazione endolombale perchè con ciò resta secondo essi esclusa la sterilizzazione di tutto l'organismo.

Una modificazione dell'applicazione endolombare è stata descritta dagli americani Swift ed Ellis (21). Alla clinica di Graz si usava questo metodo con la seguente tecnica:

Dopo aver fatta una infusione intravenosa di 30 cgr. di salvarsan, si estraggono al paziente 1 ora dopo 40 cmc. di sangue: dopo averlo lasciato coagulare si levano con una pipetta 12 cmc. del siero che viene mescolato con 18 cmc. di soluzione fisiologica, si tiene questa soluzione per 1/2 ora alla temperatura di 56° per renderla inattiva e la si inietta poi nella rachide. Questa applicazione deve venir rinnovata parecchie volte (22).

Abbiamo constatato con questo metodo dei

(14) TUSRCOSKI — Zur Technik der endo'umbalen Salvarsantherapie. - *Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psyc.*, vol. 10, fasc. 6.

(15) GENNERICH — Beitrag für Lokalbehandlung der meningealen Syphilis. - *Münch., Med. Woch.*, 62, 1896-1915.

(16) WERTNER — Ueber Siknorbeandeung. *Zeit- fur die ges. Neur. u. Psych.* Bd. 14 fasc. 1.

(17) SCHACHERE M. — Fur Tecnik u. Ind cation der endolumbalen Salvarsanbehandlüng. - *Wiener Klin., Woch.*, 30, 1917.

(18) LEVISON L. A. — Intraspinal treatment in syphilis, with especial reference to the spinal fluid findings. - *Med. Record.*, 88, 1918.

(19) MOEGELI O. — Die endolumbale Sa v. Therapie bei sygt. Erwrabkungen des Centralnervensystems. - *Therap. Monatshefis*, 29, 645, 1915.

(20) BAUMAN L. — Die resultate der Behandlung der Dem. paralytica u. des Tabes. - *Med. Tijdscv*, v. Gen. 59 (I).

(21) SWIFT-ELLIS — *Journal of experm. Med.* 1913, 4°, 4. - *New-York med. Journal*, 1912, pag. 53. - *Münch. Med., Woch.* 1913, n. 36 e 37.

(22) SCHROKENBACH H. u M. de Crinis — Für Behandlung luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystem nach der Metode von Swift-Ellis. *Zeit. fur die ges. Neur. u. Psych.*, vol 25 fasc. 4 e 5.

buoni risultati nella tabe mentre invece nella paralisi progressiva i risultati erano incerti.

Facendo però un confronto coi vantaggi ottenuti nella tabe coll'infusione intravenosa non credo che questi sieno inferiori a quelli ottenuti col metodo complicato e dal punto di vista dell'asettica anche pericoloso descritto da Swift ed Ellis.

Per dimostrare però che non tutti i casi pubblicati di morte in seguito al salvarsan, sieno da attribuirsi a questo medicamento, mi permetterò di far menzione di un caso speciale.

Nel 1910 venne accolto nella sezione psichiatrica della clinica di Graz un giovanotto psicopatico con itterizia, 6 mesi prima ebbe una infezione luetica ed all'esame somatico feci la diagnosi di atrofia acuta del fegato. Ponderavo il tentare una infusione di salvarsan, quando mi decisi per il no; ebbene il giorno dopo questo povero giovane era morto e se io mi fossi indotto a tentare la cura col salvarsan, forse avremo avuto nella letteratura medica un caso di più di morte per salvarsan.

Ed ora esporrò un caso di lue cerebrale congenita, che ebbi in cura nel 1911 in clinica. Si trattava di un fanciullo di 10 anni, figlio di un impiegato dell'ospitale, il quale venne condotto nell'ambulatorio della clinica coll'anamnesi di deficienza dei sentimenti etici e di enuresi notturna, che datava da circa 2 anni.

All'esame neurologico riscontrai le pupille dilatate irregolari e rigide alla luce, nistagmo, i riflessi tendinei aumentati, non disartria. La Wassermann tanto del sangue quanto del liquido diede risultato positivo, così pure erano positive le altre prove. Fatta una cura antiluetica sparì l'anuresi, il nistagmo, ed i riflessi tendinei non mostravano più l'esagerazione di prima; anche mesi fa vidi il paziente che d'allora in poi non manifestò più sintomi di enuresi, e l'indisciplinatezza e l'insocievolezza dell'epoca antecedente alla cura erano anche spariti, mentre la rigidità pupillare alla luce persisteva. Caso quanto mai raro di una sifilide cerebrale, che avea principalmente colpiti i gangli basali cagionando l'enuresi. I risultati ottenuti molte volte nella cura della tabe col preparato di Ehrlich possono venire riassunti in scomparsa o miglioramento dei dolori lancinanti, delle parestesie, delle crisi, della incontinenza dell'orina e dell'impotenza; oggettivamente riscontrai alle volte qualche modificazione dei riflessi tendinei ed invece nessuna della reazione pupillare.

I casi che più si prestano fra i tabetici alla cura col salvarsan vengono dati quando la malattia si trova ancora nel primo stadio cioè in quello neuralgico; si videro anche atassie migliorare; quando però la malattia è arrivata al suo ultimo stadio il salvarsan non è più indicato perchè può peggiorare il quadro clinico. Si guardi poi bene di non adoperare dosi troppo forti; specialmente all'inizio non si dovrebbe iniettare più di 0,15 ed aumentando a poco a poco non si dovrebbe nella tabe sorpassare la dose di 0,45 del salvarsan oppure 0,60 del neosalvarsan. Sarà inoltre consigliabile il far stare a letto il tabetico durante la cura, causa la labilità del polso tanto di frequente riscontrata in questa malattia. È dovere del medico di individualizzare e ben vagliare i sintomi clinici manifestatisi dopo l'infusione al fine che il malato non diventi la vittima, aumentando troppo bruscamenle la dose, dello scematismo del medico! Sono da abolirsi perciò anche le cure troppo energiche.

Dato il pericolo dell'ipertiroidismo nella tabe, sarà consigliabile di ben ponderare prima d'intraprendere una cura iodica, per impedire che il paziente oltre che tabetico diventi anche basedowico.

È ovvio l'aggiungere che nelle forme di pseudotabe come si riscontra nell'alcoolismo sarà da evitare la cura specifica, così pure nella tabe per nicotina, della qual malattia due casi vennero descritti dello Strümpell; nell'estate del 1911 ebbi occasione di studiare nel Trentino un caso di tabe per nicotina in un ex impiegato della fabbrica di tabacchi di Jacco.

Alle volte la tabe si manifesta con una sindrome quanto mai atipica.

A. P. di 44 anni da Trieste mentre prestava servizio militare a Graz, mi consultò due anni fa accusando sintomi di mogigrafia o crampo degli scrivani. All'esame neurologico riscontrai rigidità pupillare, areflessia degli arti superiori e lesioni della sensibilità di questi con leggera atassia, nessun sintomo a carico delle estremità inferiori all'infuori del Romberg positivo. Il paziente negava una infezione luetica, la Wassermann era fortemente positiva. Feci la diagnosi di tabe localizzata specialmente ai segmenti cervicali inferiori del midollo spinale; la cura antiluetica intrapresa fece scomparire le parestesie ed i sintomi soggettivi di mogiografia, la rigidità pupillare ed il Romberg persistono tuttora.

Non so se si tratti in questo paziente di tabe per lue congenita; l'Hösslin (23) descrisse una tabe dorsale in seguito a lue congenita in una donna vergine di 52 anni.

Complessivamente si potranno iniettare fino a 5 gr. del salvarsan o 7 $^1/_2$ gr. del neosalvarsan. Dreyfus (24) usa nella tabe questo metodo molto consigliabile di cura. Egli incomincia con dosi di 10-20 ctgr. di salvarsan, facendo una infusione ogni secondo giorno per 2 o 3 settimane. Con queste

(23) Hösslin — *Neurologisches Centralblatt.* 1912, I.

(24) Dreyfus — 3 Fahre Salvarsan bei Lues des Zentralnervensystems und bei Tabes. - *Munch. Med. Woch.*, 15 ft. 61, 525, 1914.

piccole dosi si riesce quasi sempre ad impedire che venga provocata una crisi. Appena dopo 2 o 3 settimane combina egli la cura mercuriale con quella dell'arseno-benzolo, intercalando 1 o 2 giorni fra il mercurio e l'arsenico. Qualora ciò nonostante venga provocata una crisi, sarà ugualmente da continuare la somministrazione del salvarsan, mentre sarà da sospendere quella mercuriale. Causa l' intolleranza dei tabetici per molti preparati mercuriali per via ipodermica si potrà consigliare una cura con frizioni di unguento mercuriale, perchè i risultati ottenuti nella tabe con una cura combinata sono di gran lunga maggiori che somministrando il salvarsan solamente.

Negli ultimi anni si ebbero dei buoni risultati con iniezioni sottocutanee di fibrolisina e nelle crisi somministrando per bocca fino a 20 goccie di adrenalina al 1 $^0/_{00}$; è noto che l' adrenalina irrita il simpatico e con ciò esercita una funzione inibitrice sulla peristaltica; anche le iniezioni sottocutanee di una soluzione al 1 $^0/_0$ di ossicianuro di mercurio con acoina, fatta nella regione delle radici posteriori, leniscono quanto mai le crisi.

Oltre all' idro-kinesiterapia, all' elettricità, alla cura dell' anessia secondo il Fränkal, negli ultimi anni è stato eseguito anche l' intervento operatorio nei casi di violente crisi, colla recisione delle radici posteriori, previa laminectomia.

Questa operazione ideata e consigliata dal nostro Mingarrini venne erroneamente attribuita al Porstez e chiamata specialmente dai tedeschi operazione del Porstez.

Che alle volte la cura col diossidiamidoarsenobenzolo non possa arrestare il processo distruttivo ed ascendente della tabe lo dimostrerà il seguente caso.

Nel 1911 venne accolto in clinica un giardiniere sulla quarantina con una tabe tipica, senza alcun sintomo psicopatico.

Dopo alcune infusioni di salvarsan, scompariscono i dolori lancinanti, l' incontinenza dell' orina e l'esame del liquor che prima avea l' indice albuminurico aumentato ed anche le altre reazioni positive diedero un reperto normale; eppure questo medesimo individuo venne accolto due anni dopo nella divisione psichiatrica mostrando oltre alla tabe anche i sintomi caratteristici della paralisi progressiva.

La paralisi progressiva, la più triste delle malattie luetiche del sistema nervoso, offre purtroppo assai di raro le intermittenze nel decorso della malattia, quali si riscontrano nella tabe.

Su 100 luetici si ha una percentuale di 4-5 paralitici. E qui si affaccia la domanda che vale anche per la tabe. Perchè una piccola percentuale di luetici si ammala di una forma che colpisce il sistema nervoso centrale, mentre la percentuale maggiore che in gran parte non si sottopose neppure ad una cura antidisifilitica ne va esente? In risposta a questa domanda è stata ammessa l' ipotesi di una predisposizione del sistema nervoso, asserzione priva di un valore fino a tanto che non vengano chiaramente dimostrati i fattori di questa predisposizione; più valore ha invece la teoria che vi siano diverse varietà di spirochete con maggiore o minore affinità pel sistema nervoso (Marie e Levaditi). A questa teoria apporterebbe un contributo anche la paralisi coniugale ed il fatto che di tabe o di paralisi progressiva si ammalano di solito quei pazienti i quali durante il decorso della malattia non mostrarono di solito affezioni luetiche del terzo stadio. Della teoria in seguito ad esaurimento del sistema nervoso feci già menzione. In questa malattia tanto la cura intravenosa col salvarsan che il metodo di Swift ed Ellis hanno dato ben scarsi risultati. Si tentò di influenzare il morbo con mezzi antiflogistici. Wagner von Faurezz introdusse la cura colla tubercolina per via ipodermica: egli incomincia con dosi di 1 ctgr. e lentamente aumentando la dose ad intervalli di 48 ore ne inietta fino a 10 ctgr.; negli ultimi tempi lasciò seguire alla tubercolius una cura coll' ioduro e mercurio. Questo metodo non viene usato che dalla scuola viennese ed anche i risultati da questa pubblicati sono ben meschini.

A titolo di cronaca agginngerò che Diach (25) trattò la lue recente con una cura combinata di mercurio e tubercolina e secondo quest'autore la suddetta combinazione apportò migliori vantaggi che una cura a base di solo mercurio. Probabilmente è stata la febbre in seguito alle iniezioni di tubercolina ad esercitare una influenza benefica sulla lue.

Donath propugnò l' iniezione ipodermica di nucleinato di sodio, preparato che nella cura della sclerosi a placche diede qualche vantaggio.

La scuola italiana e scozzese (Robertson) adottarono antitossine specifiche. Venne tentata senza nessun effetto la trapanazione del cranio. Anche la cura per via interna, l'organo elettro e radioterapia non diedero alcun vantaggio.

Eppure la paralisi progressiva è un caso speciale della sifilide. Per cui anche per la paralisi progressiva valgono tutte le deduzioni che siamo soliti fare nelle malattie infettive. Vi fu un' epoca nella quale l'uomo in Europa non conosceva la sifilide e per qualche secolo la sifilide non si mostrò sotto il manto della paralisi progressiva.

Hoche (26), ogni malattia infettiva della quale conosciamo il germe, deve venir riguardata quale un morbo guaribile.

Vorrei terminare questa breve ed imperfetta

(25) DIACH M. — Die Tuberkulinbehandlung des Fruhlues. - *Wiener Klin. Woch.*, 28, 1345. 1915.

(26) HORHE — Die Heilbarkeit der progressiven Paralyse. - *Zft. f. d. ges. Neur. u Psych.*, vol. 16, fasc. 5.

relazione sulla cura delle malattie luetiche, abbozzando il quadro clinico di un paralitico che ebbi in cura in un sanatorio di Graz nel 1911.

Si trattava di persona sui 35 anni da Traù, il quale venne accompagnato dalla Dalmazia a Graz, perchè da poche settimane impazzito.

All'esame somatico si riscontrò rigidità pupillare, mancanza dei riflessi tendinei ed il fenomeno di Romberg positivo; psichicamente era il malato in preda ad una sindrome confusionale con sitofobia causa allucinazioni cenestetiche (non avea più nè esofago nè ventricolo), ed una varietà multipla di altre allucinazioni ed idee deliranti. La Wassermann era positiva. Fatte le infusioni intravenose di salvarsan senza alcun effetto, dopo la settima ebbe il paziente per una settimana una itterizia per emolisi con febbre; dopo 2 settimane non vi era traccia di fenomeni psicopatic ; il reperto somatico restò uguale all'infuori dei riflessi papullari che ora erano presenti, benchè diminuiti. Per 2 anni durò questa remissione; durante tale periodo l'ammalato si occupò con profitto della sua azienda, quando repentinamente si ammalò di una sindrome delirante e morì poche settimane dopo nel manicomio di Sebenico.

Tratteggiai questo caso per la complicazione avvenuta dell'itterizia in seguito al salvarsan. E qui si affaccia, se ben vaga, l'ipotesi: non può essere stata l'itterizia accompagnata dalla febbre la causa di questa influenza sulle spirochete? Non si potrebbe tentare in questa sì triste malattia di procurare un ittero per ritenzione oppure un ittero emolitico con iniezioni di acido picrico o di glicocolato o tancocolato di sodio?

Per esercitare la medicina occorre una buona dose di ottimismo ed il medico ottimista riescirà sempre più di aiuto all'ammalato di quello pessimista.

Chiudo colle parole di Hoche: Il dogma, che la paralisi progressiva è una malattia inguaribile, è il più grande ostacolo alla ricerca di un metodo efficace di cura. Io spero, che il giorno non sarà lontano, nel quale la paralisi progressiva non avrà che un interese storico.

NOTE E CONTRIBUTI

Sulla pretesa specificità di alcuni medicamenti nella cura della influenza e delle sue complicazioni

del Dott. IGNAZIO DI PACE

I. Ragioni delle ricerche — II. Iniezioni endovenose di sublimato corrosivo — III. Id. di fenolo — IV. Id. di urotropina — V. Id. di soluzione jodio-jodurato — VI. Id. di electrargol — VII. Id. di bicloridrato di chinino — VIII. Iniezioni sottocutanee di siero antidifterico — IX. Iniezioni sottocutanee e endomuscolari di olio guaiacolato canforato e di soluzioni di bicloridrato di chinino — X. Conclusioni.

I. Dal maggio dell'anno passato a oggi ho ovuto occasione di prestare servizio sanitario in quattro località differenti funestate dalla influenza: prima in quel di Verona, sia some capo reparto dell'ospedale da campo 002, che come medico civile; poi nella città di Barletta — dove la epidemia ha avuto una violenza particolarmente esasperante — quale medico militare comandato in servizio civile e quale direttore di quel lazzaretto; più tardi quale capo reparto dell'ospedale di guerra N. 30 in servizio civile in quel di Sagrado; e, dai primi di gennaio a oggi, in questa città.

Durante detto servizio sono stato sempre preoccupato della gravità della infezione, ed ho dovuto sempre deplorare la deficienza di sussidi terapeutici specifici; e perciò ho accolto sempre, con entusiasmo, tutti quei metodi di cura che sono stati man mano consigliati, in Italia e all'estero, come i più propizi alla cura della malattia e i più atti a impedirne le frequenti e spesso funeste complicazioni. E, accogliendoli, li ho sperimentati, l'un dopo l'altro, mettendo in ogni esperimento sempre nuova e rinnovata fede; e quanto più grande è stata la disillusione che mi hanno portato i risultati degli esperimenti di cura con un dato medicamento, più grande e viva è stata la mia fede nella successiva serie di esperimenti di cura con un altro farmaco.

Le mie indagini le ho fatte sempre — meno due volte — su adulti, dai 15 ai 45 anni, prevalentemente su uomini scelti fra coloro che non avevano sofferto precedentemente malaria, o polmonite o altra malattia esauriente.

Espongo schematicamente i risultati dei miei esperimenti per richiamare l'attenzione dei colleghi, i quali esercitano in località ancora funestate dall'influenza, sul valore reale di medicamenti ai quali il soverchio entusiasmo di alcuni e la facile acquiescenza di altri hanno decretato pregi non bene meritati.

II. Iniezioni endovenose di sublimato corrosivo

In 10 ammalati della forma comune febbrile, ho praticato, dal 1.° o dal 2.° giorno dall' inizio della malattia, una iniezione endovenosa di 1 cc. di soluzione fisiologica all' 1 % di sublimato corrorivo. Ho ripetuto tale iniezione, in ognuno dei 10 ammalati, per 3 giorni di seguito; e non ho constatato una manifesta benevola influenza nè sul decorso abituale della malattia nè sul suo quadro sintomatologico (3 hanno avuto crisi in 3ª giornata; 5 in 5ª; 1 in 7ª; 1 in 8ª).

In 4 soggetti, che presentavano rachialgia, con dolori terebranti intensi in corrispondenza della glabella, una serie di 4 di dette iniezioni per ciascuno di essi (una al giorno) in 4 giorni successivi, non ha alleviato i dolori, che si attenuarono in 7ª e 9ª giornata e che scomparvero con l' uso dei comuni analgesici, in 15ª e in 23ª giornata di convalescenza.

In un caso di congiuntivite, con spiccata fotofobia e con corizza accompagnata da frequenti epistassi e da imponente metrorragia, una serie di 5 delle suddette iniezioni non fece diminuire la lagrimazione, il rossore e il gonfiore degli occhi, nè la copia delle perdite sanguigne; nè impedì, in 3ª giornata di cura, la propagazione del processo catarrale all' orecchio medio; nè la successiva diffusione, in 5ª giornata di cura, al laringe, con raucedine e con attacchi di dispnea laringea.

In 2 soggetti, nei quali si ebbe, fin dall' inizio, limitata localizzazione bronco-polmonare unica ed unilaterale, una serie di 5 delle dette iniezioni non esplicò favorevole influenza nè sulla intensità e sulla curva della temperatura nè sulla crisi che si ebbe in uno in 7ª e nell' altro in 9ª giornata.

In un soggetto nel quale la malattia si iniziò con la forma febbrile e che fu curato, dal primo giorno, con le dette iniezioni, in 3ª giornata di cura si manifestarono sintomi di congestione polmonare, i quali andarono aggravandosi, di giorno in giorno — ad onta di altre 2 iniezioni nei due giorni successivi — prima con espettorato scarso, schiumoso, appena sanguinolente (congestione polmonare semplice), e poi copioso e misto a sangue nerastro (congestione polmonare emottoica); e che complicati a debolezza cardiaca, determinarono esito letale in 10ª giornata.

In una ragazza di 9 anni, nella quale la malattia si iniziò con febbre alta, con corizza e cefalea, una serie di 4 delle dette iniezioni da mezzo cc. l' una non fece scomparire la cefalea, nè impedì, in 5ª giornata, il sorgere di disturbi della coscienza, di frequenti convulsioni epilettiformi e poscia (in 8ª giornata) il tumultuoso stabilirsi del quadro della polioencefalite acuta emorragica (sonnolenza persistente, intensa cefalea, rigidità nucale, disturbi pupillari, dermografia, vomito, segno di Kernig, ecc.) con esito letale.

Un' altra ragazza, di 8 anni, nel 5° giorno della convalescenza della malattia, che, fino a quel giorno, non aveva avuto complicazioni, senza una causa che fosse stata apprezzata dai famigliari, ebbe un accesso eclamptico, che, per 3 giorni di seguito, si ripetette più volte al giorno. Dal primo giorno in cui si deplorò il primo accesso praticai una iniezione endovenosa da mezzo cc. della detta soluzione. Ripetetti le iniezioni per 5 giorni consecutivi; e, ad onta di ciò, in 4ª giornata di cura si manifestò il quadro della meningite basilare, sempre più caratteristico e più grave (cefalea, vomito, grido idrocefalico, ineguaglianza pupillare, strabismo, stridore dei denti, rigidità nucale, irregolarità del polso, della respirazione e della curva termometrica, stato comatoso, ecc.) con esito letale.

In un caso, iniziatosi con orripilazione, cefalea, lieve epistassi e febbre a 38° C. il 2.° giorno si ebbe ipotermia, profonda depressione e comparvero scarsi e appena percettibili segni fisici della polmonite monolobare (lobo superiore destro). Praticai subito le dette iniezioni, che ripetetti per 4 giorni di seguito; ma esse non valsero a far ridurre la frequenza e la vuotezza del polso, a impedire la dilatazione del ventricolo destro, a calmare la frequenza del respiro e a vincere la cianosi. In 4.ª giornata di malattia, 3.ª di cura, notai albuminuria, e il giorno successivo anche cilindruria.

In 6.ª giornata di malattia si ebbe la morte, per collasso.

III. Iniezioni endovenose di fenolo

In 7 soggetti, nei quali la malattia si manifestò col quadro clinico della comune forma febbrile, veduti tutti dal primo giorno della manifestazione influenzale, praticai nei primi due giorni di malattia — per ognuno di essi — una iniezione cotidiana, endovenosa, di 10 cc. della soluzione al 2 % di fenolo. In 2 di essi si ebbe defervescenza il 3.° giorno; in 3 la febbre si protrasse 8 giorni, e nei rimanenti 2 invece scomparve in 12.ª giornata.

In un soggetto, veduto il 2.° giorno della insorgenza della malattia, con febbre a 38.6 C., con nevralgia intercostale e del trigemino, praticai 5 delle dette iniezioni (una al giorno) e constatai defervescenza e scomparsa della sola nevralgia intercostale in 5.ª giornata di malattia, 4.ª della cura fenolica. La nevralgia del trigemino invece persistette alla 5.ª inizione, e scomparve, senza altra cura, dopo due settimane.

Un soggetto, con localizzazione bronco-polmonare al lobo inferiore sinistro, fin dall' inizio della malattia fu trattato con due delle dette iniezioni endovenose (ognuna di 10 cc.) cotidiane, che furono ripetute per 5 giorni di seguito, senza che fosse

stata notata azione vantaggiosa sulle condizioni generali, sulla temperatura e sulla evoluzione della malattia, che si diffuse progressivamente e rapidamente al soprastante lobo e allo inferiore di destra determinando la morte in 7.ª giornata.

In 3 soggetti la malattia esordì con la forma febbrile comune. Due di essi furono curati con le dette iniezioni dalla 3.ª giornata. In uno di cotesti due, in 5.ª giornata di malattia, 3.ª della cura fenolica, si cominciarono ad ascoltare rari rantoli alle basi e posteriormente; e, dopo 2 giorni, 5.° della detta cura, si manifestò imponente il quadro della bronco-polmonite bilaterale a rapida evoluzione, con esito letale in 3.ª giornata di malattia (5.ª dalla prima manifestazione polmonare).

Nel secondo, in 4.ª giornata di malattia, 2.° della cura fenolica, si manifestarono sintomi a carico della laringe — con raucedine e attacchi di dispnea laringea — che si accentuarono, il giorno successivo, 3.° della cura, accompagnati da localizzazione bronco-polmonare all'apice destro. Il 4.° giorno di cura la dispnea, sempre più imponente, si accompagnò a cianosi; il processo bronco-polmonare si diffuse al sottostante lobo e comparve l'espettorato striato di sangue. Malgrado altre due iniezioni l'espettorato divenne affatto sanguigno e si manifestò edema polmonare, che determinò la morte in 14.ª giornata di malattia.

Nel terzo le iniezioni furono praticate dal primo giorno e furono proseguite a giorni alterni fino al 10.°. Fino all'8.° giorno non vi fu esacerbazione di sintomi; ma al 9.° si manifestò rialzo termico con dispnea e sintomi di pneumonite unilaterale, migrante, che persistette per 19 giorni ed ebbe crisi protratta.

In un soggetto nel quale la malattia si manifestò con sensazione di oppressione toracica, con aumento dei diametri del torace e con respiro superficiale, praticai dal primo giorno le dette iniezioni, che ripetetti per 6 giorni di seguito. In terza giornata di cura si notò lieve ipofonesi ad entrambi i lobi inferiori, con respiro soffiante e qualche sibilo. In sesta giornata comparve il soffio bronchiale, velato per edema, e rantoli a medie e piccole bolle. In 9.ª giornata si ebbe il decesso.

IV. Iniezioni endovenose di urotropina

In 5 casi della forma comune febbrile, visitati e curati fin dall'inizio della malattia, con una serie di 3 iniezioni endovenose cotidiane, per 3 giorni di seguito, contenente ognuna gr. 0,50 di urotropina sciolta in 2 cc. di acqua distillata, la defervescenza è avvenuta in 2 in 5.ª giornata, in 2 in 7.ª, e in 1 in 9.ª.

In 3 casi della forma dolorosa, dei quali 2 con dolori articolari — senza sintomi obiettivi di lesioni articolari — e ai muscoli del polpaccio e con cefalea a sede occipitale, e 1 con rachialgia e con lombaggine, una serie di 4 di dette iniezioni cotidiane, per 3 giorni consecutivi, non ha determinato nessuna attenuazione di sintomi.

Senza nessun effetto è stata anche una serie di 3 delle dette iniezioni quotidiane, per 5 giorni di seguito in un caso di localizzazione gastro-intestinale, con anoressia, senzazione di sete ardente, alito fetido, lingua arida, patinosa, stitichezza, meteorismo, senso di ripienezza e di pena gastrica, con nausea, frequenti conati di vomito, profusi sudori e facili e lievi epistassi.

In un caso nel quale la malattia si iniziò con febbre a 39° 8 C. con profonda astemia, e con debolezza cardiaca, senza lesioni bronco-polmonari rilevabili coi comuni mezzi di esami, visitato in 2.ª giornata e sottoposto a 4 delle dette iniezioni quotidiane, in 2.ª giornata di cura si ebbe un attacco di angina di petto. Ad onta della persistenza di dette iniezioni per altri 4 giorni consecutivi, non si notò miglioramento nelle condizioni cardiache, e in 8.ª giornata di malattia si ebbe esito letale per attacco sincopale. Degno di nota il fatto che il soggetto aveva 30 anni e non presentava segni di artritismo o di sifilide.

In un altro caso nel quale la malattia si manifestò con intensa cefalea e con eccitazione psichica e si aggravò, a capo di 12 ore, con congestione del volto, con sussulti tendinei e con lievissime contratture delle labbra, praticai dal primo giorno, per 5 giorni di seguito, 4 delle dette iniezioni quotidiane. In 2.ª giornata di cura comparve la dispnea che ebbe una intensità esasperante, non giustificata dai fatti fisici (si notava solo una circoscritta zona di ipofonesi alla base a destra, con scarsissimi rantoli più bronchiali che alveolari, senza espettorato). Il giorno dopo — 3.° della cura — si manifestarono fatti di insufficienza cardiaca — complicati ad albuminuria con cilindruria — che si aggravarono di ora in ora e determinarono la morte in 6.ª giornata.

V. Iniezioni endovenose di soluzione jodo-jodurata

Dodici casi della forma febbrile comune, sono stati sottoposti a una serie di 3 iniezioni endovenose ciascuna a dosi cotidianamente crescenti da 3 a 5 cc. di soluzione jodo-jodurata all'1 % di jodio metallico e al 2 % di joduro di potassio; e la defervescenza s'è avuta in 2 in 3.ª giornata, in 7 in 5.ª, in 1 in 8.ª, e in 2 in 12.ª.

In un ammalato, in 5.ª giornata di malattia decorsa normalmente con febbre e lieve cefalea — quando già da 3 giorni praticavo le dette iniezioni alla dose costante di 3 cc. l'una — si manifestò polmonite al lobo superiore destro, senza brivido, senza dolore puntorio, rilevata solo all'ascoltazione

(soffio dolce, accompagnato da fini rantoli sottocrepitanti) e dal carattere dell'espettorato (vischioso con la caratteristica tinta succo di prugna). Continuai le dette iniezioni per altri 5 giorni, a dosi gradatamente crescenti fino a 6 cc. l'una; e, ad onta di ciò, il processo si diffuse alla base e si complicò a pneumo-bronchite fibrinosa [(*pneumonie massive* dei francesi), ottusità accentuatissima, assenza di fremito vocale, silenzio respiratorio con assoluta assenza di versamento pleurale rilevab'le con ripetute punture esplorative] — con febbre sempre alta, con poca tosse e scarsissimo espettorato — e a sintomi a carico del cuore, caratterizzati da aritmia, accentuatissima al m'nimo sforzo, e da dilatazione del cuore destro, che determinarono la morte in 15.ª giornata.

In un caso manifestatosi con iperpiressia, corizza e violenta cefa'algia, senza localizzazioni all'apparato respiratorio, il secondo giorno iniziai la cura, con le dette iniezioni, che ripetetti per 15 giorni di seguito, aumentando la dose di 1 cc. ogni 2 giorni; e, ciò nonostante, in 10.ª giornata di malattia 9.ª della cura — si manifestò polmonite al lobo inferiore sinistro, con forte dispnea, cianosi, notevole irrequietezza e nuovo rialzo termico; e in 15.ª giornata comparvero i segni di una pleurite sierosa, che non si riassorbì in seguito all'aspirazione di 20 cc. di liquido e all'autosieroterapia, e che si trasformò in siero-purulenta, per cui dovetti praticare la pleurotomia, con esito in guarigione.

In un soggetto nel quale la malattia si manifestò con violenta cefalalgia gravativa, con fotofob'a, con sensazione di costrizione alle regioni frontali e parietali e con dolori retro oculari, fin dal primo giorno iniziai la cura con le dette iniezioni, che ripetetti per 5 giorni di seguito, cominciando dalla dose di 2 cc. e progressivamente aumentandole di 1 cc. al giorno. Nel corso della cura la malattia completò la sua evoluzione, con febbre sempre elevata, con dolori muscolari, che mentre nei primi giorni erano localizzati particolarmente alla regione lombare — dove avevano una intensità esasperante sia alla pressione e sia spontaneamente — si diffusero, nei giorni successivi, alle gambe, alle braccia e al collo, dando una sensazione di stroncatura penosissima.

In un caso nel quale la malattia si iniziò con sensazione di freddo continuo, senza elevazione termica, con polso piccolo, ipoteso e con tachicardia, nel quale era evidentissima la linea bianca del Sergent, una serie di 5 delle dette iniezioni, iniziate dal primo giorno con la dose di 3 cc. e proseguite a dosi cotidianamente crescenti di 1 cc., non valse ad attenuare anche in minima parte l'impressionante quadro sintomatologico che tumultuosamente si aggravava complicandosi con frequenti conati di vomito, con vomito e diarrea, col peritonismo, con nefrite, con una spaventosa depressione e astemia nervosa generale, con crampi dolorosi e multipli. In 5.ª giornata si ebbe la morte per collasso.

VI. Iniezioni endovenose di electrargol

In un caso, manifestatosi con epistassi frequenti, con febbre a 41°3 C. e adinamia, praticai, fin dal primo giorno, una iniezione endovenosa di 5 cc. di electrargol. Persistendo la iperpiressia e l'adinamia, il giorno successivo, ripetetti la detta iniezione, raddoppiando la dose. Nonpertanto il 3.° giorno comparve polmonite all'apice sinistro con scarsissimo espettorato, raro stimolo di tosse e frequenti conati di vomito. Il 4.° e il 6.° giorno rinnovai le stesse iniezioni, sempre alla dose di 10 cc.; ma non notai alcuna attenuazione di sintomi nè la più breve tregua nella progressione dei gravi fenomeni generali di prostrazione di forze, di debolezza cardiaca, di disturbi del sensorio, di stato tifoso. Il decesso avvenne in 7.ª giornata di malattia, 5.ª della manifestazione polmonare.

In un ammalato, con febbre a 38°6 C. e rachialgia, praticai dette iniezion', alla dose di 5 cc., il secondo giorno di ma'attia. Persistendo in 4.ª giornata gli stessi sintomi, ripetetti la iniezione, raddoppiando la dose. Il giorno successivo notai un vasto focolaio di polmonite alla base a destra. Il 7.°, 9.° e 11.° giorno rinnovai la detta iniezione, sempre alla dose di 10 cc., e ciò nonostante la infezione si diffuse, man mano, al lobo medio e al superiore omologo e poscia all'inferiore di sinistra, in modo subentrante e si complicò a congestione polmonare, per cui in 23.ª g'ornata si ebbe il decesso.

VII. Iniezioni endovenose di bicloridrato di chinina

In 16 soggetti col quadro clinico della forma febbrile comune, praticando cotidianamente, per non più di 5 giorni di seguito, una iniezione endovenosa di 1 gr. di bicloridrato di chinina nella comune soluzione che prepara la farmacia centrale militare di Torino, ho notato la crisi 4 volte in 3.ª giornata, 5 volte in 5.ª, 6 volte in 7.ª e solo una vo'ta in 9.ª.

In 2 altri invece, nei quali la malattia si iniziò con febbre, cefalea e dolori muscolari, ad onta delle dette iniezioni, praticate dal primo giorno, e per 10 giorni di seguito, si ebbero complicazioni in uno in congestione bronco-polmonare in 3.ª giornata di cura e con esito letale, e in un altro, in 5.ª giornata di cura, in polmonite al lobo medio destro, che si diffuse rapidamente alla base e si complicò in pleurite purulenta e in pericardite, anche con esito letale.

In un altro soggetto, nel quale la malattia si manifestò con poca febbre (massima 39° C.) e con intensa cefalea, e decorse con notevole spossatezza,

con invincibile sopore, con respirazione angosciosa, con accessi di dispnea impressionanti e di soffocazione, senza localizzazioni respiratorie percettibili, si ebbe decesso in 5.ª giornata, nonostante le dette iniezioni praticate cotidianamente dal primo giorno.

VIII. Iniezioni sottocutanee di siero antidifterico

In un caso nel quale la malattia si manifestò improvvisamente con iperpiressia (41°4 C.), violenta cefalea e agitazione psichica, praticai una iniezione di siero antidifterico al titolo di 500 U. I. Persistendo il giorno dopo l'iperpiressia e la sensazione di profondo abbattimento, iniettai 8000 U. I. dello stesso siero, senza effetto benefico sullo stato generale. Nonostante la stessa dose iniettata il 3.° giorno, il polso si fece filiforme, comparve la cianosi, sopravvenne il freddo alle mani e ai piedi e l'anuria. Il 4.° giorno si ebbe il coma e il 5.° la morte.

In un caso manifestatosi, in seconda giornata di iperpiressia (40°7 C.), con tonsillite e con laringite (tosse secca, breve, abbaiante, raucedine), iniettai il detto siero alla dose di 5000 U. I.. Il giorno dopo (3.° di malattia) si ebbe diffusione del processo alla trachea e ai grossi bronchi con dolore sullo sterno e accessi di tosse. Ripetetti le iniezioni per altri 4 giorni consecutivi, alla dose cotidiana di 8000 U. I. Nonpertanto in 3.ª giornata di cura il dolore localizzato allo sterno e particolarmente vivo alla pressione, si diffuse a tutto il torace, la tosse divenne più stizzosa e molesta; e in 5.ª giornata comparve un po' di espettorato rameo-purulento, tinto di sangue, cianosi e dispnea intensa, con lieve ottusità al lobo medio, con pochi rantoli crepitanti in tre aree circoscritte di detto lobo, e con assenza di soffio bronchiale. In 7.ª giornata si ebbe il decesso.

In un altro caso manifestatosi anche con iperpiressia (41°5 C.), preceduta da lieve sensazione di freddo, e con epistassi, iniettai per 5 giorni di seguito il detto siero alla dose progressivamente crescente da 5 a 8 mila U. I.. Nei primi 3 giorni la febbre oscillò fra 38° e 39°6 C. e si deplorarono solo fatti a carico dell'apparato digerente, con lingua patinosa, con alito fetido, iperemia e lieve tumefazione tonsillare, sensazione di amarezza in bocca, di secchezza alla lingua grossa e di arsura alla gola, con anoressia, meteorismo e dolori addominali, conati di vomito e vomiti, diarrea con emissione di materiale liquido puzzolente, mucosanguinolente. In 4.ª giornata comparvero fatti gravi a carico del rene con albuminuria e cilindruria, e di insufficienza funzionale a carico del ventricolo destro, con polso piccolo, ipoteso, ineguale, frequentissimo. In 6.ª giornata si ebbe la morte per collasso.

IX. Iniezioni - sottocutanee o endomuscolari - di olio guaiacolato canforato e di bicloridrato di chinina.

Ho fatto larghissimo uso delle iniezioni sottocutanee o endomuscolari di olio guaiacolato canforato, al 10 % di guaiacolo sintetico e di canfora, alla dose di 5, 10 e qualche volta anche 20 cc. (1) — (quando esse non hanno provocato rapidissima defervescenza, con profusi sudori e intenso brivido) — *pro die*, in 2 o 3 volte, e contemporaneemente di quelle di soluzioni di bicloridrato, preparate dalla farmacia centrale militare, alla dose di gr. 0,50 a 1, *pro die*, in 1 o 2 volte.

I risultati di questa cura li espongo distinti in 2 gruppi, comprendendo nel 1.° quelli ottenuti nei casi i quali per manifestazioni cliniche e per complicazioni, anche gravissime, mi piace chiamare comuni, per il fatto che si notano — benchè molto raramente — anche fuori dei periodi epidemici come quello che stiamo per sorpassare; e nel 2.° invece quegli altri che anche nelle epidemie eccezionalmente violente, come questa che è per decorrere, sono una rara eccezione sia per la insorgenza della malattia con fenomeni ipertossici fin dall'inizio, sia per il decorso tumultuosamente precipitoso, e sia per le complicazioni particolarmente gravi e funeste.

1.° Gruppo. - I risultati di questo gruppo, abbastanza numeroso, li espongo brevemente, come in un quadro statistico riassuntivo.

Casi iniziatisi con iperpiressia e mantenutisi col quadro clinico della forma febbrile comune N. 63. Di questi hanno avuto crisi in 3.ª giornata n. 15; in 5.ª n. 31; in 7.ª n. 11; in 9.ª n. 5; in 15.ª n. 1, senza decessi.

Casi iniziatisi con la forma dolorosa, senza altre complicazioni, n. 31. Hanno avuto crisi in 3.ª giornata, n. 4, in 5.ª n. 19; in 7.ª n. 6; in 9.ª n. 2, senza decessi.

Casi manifestatisi in 2.ª, 3.ª giornata con sintomi particolarmente a carico dell'apparato digerente n. 9. Hanno avuto tutti solo attenuazione di sintomi dopo il 7.° o 12 giorno. Nessun decesso.

Casi iniziatisi col quadro della forma febbrile

(1) Le dosi così alte di guaiacolo non devono spaventare, perchè esse, in generale, quando sono raggiunte progressivamente, sono sopportate benissimo dai polmonitici come dai tubercolotici.

Ho constatato ciò durante gli anni del mio studentato e del mio assistentato nella gloriosa scuola del mio illustre maestro prof. Castellino, e in un decennio di pratica durante il quale mi sono sempre servito, con eccellenti risultati, di dette iniezioni nella cura della tubercolosi e della polmonite.

Ho accennato a tali iniezioni nella cura delle complicazioni broncopolmonari del tifo esantematico in un mio lavoro: *Il tifo esantematico - Etiologia - Profilassi - Cura*, pubblicato in *Folia Medica* il 1917.

comune e complicatisi: in bronchite, n. 7, senza decessi;

in bronchite emorragica, n. 4, con 1 decesso;

in angina catarrale, n. 3, senza decessi;

in bronco-polmonite bilaterale a focolai disseminati, n. 11, con 2 decessi;

in bronco-polmonite unilaterale, anche a focolai disseminati, n. 5, senza decessi;

in polmonite bilaterale multilobare, n. 13, con 4 decessi;

in polmonite bilaterale dei soli apici, n. 3, senza decessi;

in polmonite unilaterale diffusa, n. 5, con 1 decesso;

in congestione polmonare, n. 4, senza decessi;

in edema polmonare passivo: 3 da polmonite, con 2 decessi;

in edema polmonare passivo: 1 da congestione polmonare, seguito da decèsso;

in polmonite con pleurite siero fibrinosa, n. 7, senza decessi (1);

in polmonite con pleurite purulenta, n. 5, senza decessi (2);

in polmonite con pleurite putrida, n. 2, senza decessi (3);

in polmonite con pleurite purulenta ed endocardite, n. 1, seguito da decesso.

2.º *Gruppo*. - In un soggetto che presentava la forma febbrile comune, apparentemente benigna, — perchè la curva termometrica, nei primi 3 giorni, non sorpassò mai i 38º 5 C. —, le dette iniezioni, praticate dal 1.º giorno, alla dose di 5 cc., e continuate cotidianamente a dosi crescenti, fino a 10 cc., non impedirono in 4.ª giornata di cura che la febbre salisse a 40,2º, preceduta da brividi, che sopravvenisse un'agitazione generale sempre più intensa, con tremore delle mani e carpologia, contrattura delle labbra, sussulti tendinei e delirio notturno, qualche volta violento (delirio di persecuzione). Due giorni dopo la insorgenza di questo nuovo quadro sintomatologico, 6.º dallo inizio della malattia, nonostante la persistenza delle dette iniezioni, cominciò un po' di tosse secca, stizzosa, accompagnata da dispnea e da aritmia, senza segni fisici di localizzazione polmonare e di lesioni valvolari. L'8.º giorno di malattia, pur persistendo l'assenza di tali segni e di tali lesioni, l'espettorato si fece rugginoso, la dispnea si fece angosciante, il delirio non ebbe più tregua, la cute assunse una colorazione sub-itterica e comparvero edemi agli arti inferiori. Il 9.º giorno avvenne il decesso.

Su tre soggetti nei quali la malattia si manifestò improvvisamente con brivido e con febbre a 41-41,6º, con dolore puntorio al disotto del capezzolo destro, con tosse secca, stizzosa, senza espettorato, le dette iniezioni, iniziate dal primo giorno, e seguite cotidianamente alle dosi crescenti da 5 a 10 cc., rimasero senza effetto perchè in 2 in 3.ª giornata e in 1 in 4.ª comparve scarsissimo espettorato rugginoso, e ai detti sintomi, sempre più imponenti, si aggiunsero intensa dispnea, congestione del volto con cianosi, insufficienza cardiaca e anuria. In 2 in 5.ª giornata e in 1 in 6.ª sopravvenne la morte senza che avessi potuto stabilire, con la percussione e con l'ascoltazione, la sede della lesione polmonare.

Senza effetto rimase anche la cura con le dette iniezioni, alle dosi di 6, 4, 2 cc., in un caso che sorse anche improvvisamente, con brivido prolungato, con febbre a 40.8º C., con violenta cefalea costrittiva ed epistassi, con una viva sensazione di sete ardente e di invincibile aridità della lingua patinosa e grossa, con polso raro, con impressionante estenuazione; e che si aggravò, di ora in ora, complicandosi a polmonite a piccoli focolai diffusi a tutta la base di destra, con poca tosse stizzosa, seguita raramente da scarsissimo espettorato, con dispnea esasperante, con congestione e cianosi intensa, con stato tifoso, con anuria e con profusi continui sudori, nel quale la morte sopravvenne alla fine del 3º giorno.

In due casi che si iniziarono con febbre alta (39.8º-40.2º), cefalea, algie muscolari (specie pleuradinia), faringite, con senso di bruciore, di solletico e di dolore retro-sternale, con tosse secca, breve, incessante, curati con le dette iniezioni, alle dosi cotidianamente crescenti da 5 a 15 cc. in 1 in 3ª e nell'altro in 5ª giornata comparve un po' di espettorato mucoso, spumoso, che nei giorni successivi divenne siero-muco-purulento, sempre più abbondante, con striatura sempre più appariscente, frequenza respiratoria e facile dispnea. Per due giorni di seguito l'ascoltazione fece rilevare solo segni di una comune bronchite; ma dopo la curva termometrica salì a 41.4º-41.8º, la dispnea si fece più intensa, comparve la cianosi alle labbra, si notarono rantoli crepitanti a medie e piccole bolle — inspiratori ed espiratori — il primo giorno localizzati alle basi, e il giorno dopo rapidamente diffusi anche agli apici; la tosse divenne più tormentosa, l'espettorato, copiosissimo, si fece siero-mucoso intensamente roseo, la cianosi dalle labbra si diffuse a tutta la faccia, alle orecchie, alle mani; le urine sempre più scarse ricche di urea e di fosfati e povere di cloruri, si fecero albuminuriche (gr. 9-12 per mille all'albuminometro dell'Esbach). La morte avvenne in uno in 9ª e nell'altro in 12ª giornata.

(1) 2 guarirono in seguito a toracentesi; 5 invece in seguito ad aspirazione di soli 10-20 cc. di liquido.

(2) In 3 praticai la semplice toracotomia; in 2 la toracotomia con resezione costale.

(3) Praticai in entrambi la toracotomia con resezione costale.

X. Conclusioni

Io ritengo che un medicamento, per essere considerato specifico, non deve dare mai o quasi mai risultati negativi.

Ciò premesso, di tutt' i medicamenti vantati, con molta ricchezza di particolari, come specifici nella cura della influenza e delle sue complicazioni, e da me presi in esame, nessuno merita tale appellativo, perchè essi non abbreviano l' ordinario decorso della malattia, non eliminano i disturbi inerenti alla convalescenza, nè prevengono le facili complicazioni; e quando queste si manifestano, non ne attenuano la imponenza del quadro sintomatico, nè ne evitano il frequente esito letale.

In contraddizione mi si può ricordare che con l' uso dei detti medicamenti — e principalmente dell' olio guaiacolato canforato associato alle soluzioni di bicloridrato di chinina — si sono avute defervescenze in 5ª e anche in 3ª giornata nei casi manifestatisi con la forma febbrile comune e con quella dolorosa; e che in non pochi casi di complicazioni, particolarmente a carico dell' apparato respiratorio, si sono avuti risultati favorevoli. Tutto ciò è vero. Ma pur tacendo dei casi benigni che hanno avuto crisi più o meno protratta e gravi complicazioni ad onta dell' uso dei detti medicamenti, io devo ricordare:

1º che è innegabile il fatto che tanti ammalati della comune forma febbrile e dolorosa guariscono spontaneamente anche in 3ª giornata, come guariscono in 7ª quelli con gravi complicazioni respiratorie, con le semplici cure sintomatiche, che erano in onore fin dai tempi dei nostri avi;

2º che in tutte le forme ipertossiche delle complicanze della influenza, tutti - dico *tutti* — i medicamenti da me presi in esame hanno dato risultati costantemente nulli.

Io non voglio fare demolizioni, nè voglio smorzare entusiasmi esagerati; ma ritengo che a parte l' uso delle iniezioni di olio guaiacolato canforato e di quelle di soluzioni di bicloridrato di chinino, non valga la pena, nella pratica corrente, di fare uso di medicamenti con metodi di somministrazione che richiedono perizia e scrupolosa tecnica (iniezioni endovenose) quando essi, in pratica, non si sono mostrati ancora di indiscutibile valore reale e più vantaggiosi della comune medicazione sintomatica, la quale ha il pregio di tante risorse, di tanto conforto e di tante soddisfazioni se è usata con diligente accorgimento e da mano sapiente.

Ho fatto eccezione per le iniezioni di olio guaiacolato canforato associate a quelle di soluzioni di bicloridrato di chinina — specie in ambiente malarico — non perchè le ritengo specifiche, ma perchè convinto che esse danno dei risultati veramente soddisfacenti nella cura della influenza e delle sue complicazioni respiratorie che non assumono la forma ipertossica.

Questa convinzione mi viene: 1º dalla mia pratica di un decennio, la quale mi ha dimostrato che nella cura della polmonite — anche di quelle forme che clinicamente si dicono gravissime — e della polmonite da influenza, le dette iniezioni falliscono solo quando il pneumonitico è un soggetto anziano minato già dalla malaria e da un' affezione cardiaca e da altri acciacchi cronici; 2º dai risultati delle osservazioni fatte durante la pandemia che tutti abbiamo deplorato, i quali mi hanno anche dimostrato che esse iniezioni, senza essere la panacea, nel maggior numero dei casi, concorrono a mantenere in certi limiti di benignità il quadro sintomatico di tutte le manifestazioni influenzali, quando però la infezione non sorge con i caratteri di una grave setticemia, o non li assume tali nel suo decorso.

S. Marco in Lamis, 30 marzo 1919.

L' indice dello stato di nutrizione

Nota del dott. ALEARDO CERIOLI

Dividendo il peso d'un individuo per l'altezza del medesimo si ottiene una cifra che rappresenta la quota di peso propria dell' individuo per ogni unità di misura dell'altezza. Esprimendo il peso in grammi e l'altezza in centimetri, avremo tanti grammi per ogni centimetro. Potremo così comparare di fronte ad una stessa unità — il centimetro — i pesi assai diversi delle singole persone, nonchè le variazioni individuali, ed avremo un mezzo il quale — fatte le debite eccezioni — ci permetterà di valutare ed esprimere con sufficiente approssimazione lo stato di nutrizione. La cifra detta sopra potremo dunque chiamarla *indice dello stato di nutrizione.*

Non credo che altri già abbia fatta una simile proposta; comunque il computo ora accennato non è certo nell'uso comune e neppure, se non erro, vien praticato dalle Compagnie d'assicurazione. Nel far la storia clinica d'un ammalato registriamo il numero dei moti cardiaci e respiratorii, dei globuli rossi e dei bianchi, la temperatura, la pressione sanguigna, ecc., prendiamo la misura dei tumori e d' altri prodotti patologici, ma relativamente alle condizioni della nutrizione in generale ci limitiamo a segnare: pannicolo adiposo scarso, discreto, abbondante, masse muscolari più o meno sviluppate; spesso trascuriamo anche il peso del paziente, ed in ogni modo non usiamo alcun termine il quale possa rappresentar con qualche esattezza le condizioni nutritive, nozione che sarebbe per vero dal punto di vista semeiologico di primaria importanza. Ora, nel numero dei grammi che l'ammalato risulta possedere per ogni centimetro d' altezza avremmo il termine mancante.

Il determinare l'indice dello stato di nutrizione non potrà avere in realtà grande importanza pel medico pratico, che apprezza sufficientemente ad occhio il proprio ammalato, e se ne ricorda; ma quando trattisi di comunicare ad altri le proprie osservazioni, come nella pubblicazione di storie cliniche, allora senza dubbio appare necessario un mezzo rappresentativo. Credo che molti leggendo memorie mediche avranno avuto come ho avuto io la senzazione di questa mancanza.

La presenza di abbondanti prodotti patologici, sopratutto di versamenti addominali e pleurici, l'idremia, gli edemi, naturalmente renderebbero l'indice illusorio, e così pure le deformazioni dello scheletro con diminuzione della statura; ma fatte tali eccezioni esso riesce abbastanza probativo. Pur non essendo nell'altezza in realtà l'unico dato esprimente lo sviluppo corporeo, poichè ad esempio un individuo basso ed a spalle e bacino larghi potrebbe comportare ugual peso d'un altro smilzo ma alto, tuttavia gli scarti dalle proporzioni normali non sono in generale tanto grandi — almeno nella grande maggioranza degli uomini — da esigere misurazioni e calcoli complicati per stabilire la grandezza individuale; praticamente basta senza dubbio la cifra dell'altezza.

É ben vero altresì che peso e stato di nutrizione non possono considerarsi sinonimi nel vero senso della parola, perchè un aumento per grasso, ad es., ha ben diverso significato d'un aumento per sviluppo muscolare, ma in medicina nessun dato, nessuna cifra, possono condurre a deduzioni esatte, tanto è sempre complesso ogni argomento. Un indice dello stato di nutrizione ricavato dal peso varrà per quanto può valere, date le differenze degli elementi che concorrono a costituire le condizioni nutritive stesse, elementi che l'osservatore potrà poi distinguere caso per caso. Allo stesso modo la cifra dei globuli rossi non pretende di esprimere la bontà del sangue, che risulta anche dalla loro resistenza, dal contenuto in emoglobina, ecc.

Ecco alcuni indici (segnati con I N) ottenuti da soggetti diversi:

UOMINI				DONNE			
Anni	Peso in gr.	Altezza in cm.	I N gr.	Anni	Peso in gr.	Altezza in cm.	I N gr.
44	75.000 :	168 =	446	26	47.000 :	146 =	321
33	84.500 :	179 =	472	30	68.000 :	161 =	422
21	67.000 :	171 =	391	17	56.000 :	156 =	358
23	69.500 :	173 =	401	25	60.500 :	160 =	378
22	70.000 :	172 =	406	23	47.600 :	149 =	319
21	67.500 :	166 =	406	26	42.000 :	145 =	289
33	53.000 :	168 =	318	24	45.000 :	151 =	298
25	51.500 :	162 =	317	20	45.000 :	174 =	258
62	66.000 :	175 =	377	23	65.500 :	168 =	389
49	93.000 :	168 =	553	18	65.000 :	164 =	396
37	86.000 :	173 =	497	56	130.000 :	167 =	778
46	85.000 :	163 =	521	28	62.400 :	157 =	397

Queste cifre ben poco diranno senza dubbio alla mente del lettore: per comprenderle occorre infatti aver nozione dei limiti fra cui l'I N può oscillare, quale è la sua media normale ed a quali categorie di individui corrispondono le sue variazioni.

Partendo dalla tavola delle medie dell'altezza e del peso nelle varie età della vita, del QUÉTELET, si hanno i seguenti risultati:

UOMO				DONNA			
Anni	Peso in gr.	Altezza in cm.	I N gr.	Anni	Peso in gr.	Altezza in cm.	I N gr.
1	9.450 :	69 =	136	1	8.790 :	69 =	127
10	24.520 :	127 =	193	10	23.520 :	124 =	189
20	60.060 :	167 =	359	20	52.280 :	157 =	332
30	63.650 :	168 =	378	30	54.330 :	157 =	346
40	63.670 :	168 =	378	40	55.230 :	157 =	351
50	63.460 :	167 =	380	50	56.160 :	153 =	367
60	62.940 :	163 =	386	60	54.300 :	151 =	359
70	59.520 :	162 =	367	70	51.510 :	151 =	341

L'I N andrebbe dunque crescendo dall'infanzia alla maturità, per decrescere solo leggermente nella vecchiaia e sarebbe per l'uomo adulto (dai 30 ai 50 a.) circa 380, per la donna 350-360.

Ma non credo che queste cifre possano accettarsi senz'altro e possano valere come base per l'apprezzamento delle variazioni patologiche. Altro è infatti media demografica, altro è media normale; la prima non può servire come dato semeiologico potendo includere alterazioni affettanti tutta una popolazione, onde non siamo certi che rappresenti la normale fisiologica, l'uomo sano e ben nutrito, per così dire, ideale. Solo l'osservazione ed il criterio clinici possono condurre a questa determinazione — che preferibilmente dovrebbe esser opera non d'un solo osservatore.

Io dall'esame di diversi soggetti credo di poter concludere che la media normale sia alquanto superiore a quella tratta dalla tavola del QUÉTELET e sia cioè di circa gr. 400 per l'uomo adulto, di gr. 375 per la donna. Non posso però dare sicuro affidamento sulla precisione di questi dati, i quali dovrebbero desumersi da una quantità molto ingente di osservazioni.

Dirò fra parentesi come dallo studio dell'argomento risulti con evidenza tutt'altro che giusta l'osservazione secondo cui il peso d'una persona dovrebbe corrispondere ai centimetri della sua altezza in più del metro. Infatti, ad es., un individuo alto m. 1,30 non dovrebbe pesare che 30 chilogrammi, mentre se ciò è ammissibile per un giovane di 12-13 a., non lo è certo per un adulto di 30-40, essendo a 12 a. l'I N poco più di 193, a 30 a., 378 (secondo la tavola del Quételet); onde il peso anzichè di Kg. 30 dovrebbe essere di Kg. 49.

Ma a scopo medico forse più che lo stabilir la media normale può interessare una divisione — sia

pure artificiale — dei varii tipi in categorie, comprendenti ad es. i deficienti, i magri, i magrissimi, i grassi, i polisarcici, gli obesi, determinando insieme le variazioni correlative dell' I N: così da quest'ultimo ognuno potrebbe avere immediata ed esatta percezione dell' individuo rappresentato.

Un lavoro completo sull' argomento dovrebbe perciò comprendere le fotografie dei varii tipi coi loro indici; ciò, sia per l'adulto, sia per le altre età.

Per ora posso dire soltanto che l' I N scende a gr. 300 nei casi di magrezza notevole, e verso 250 nella denutrizione avanzata, sale a gr. 500 nei grassi, al di là del qual limite comincia la polisarcia, che è in pieno sviluppo a gr. 600, e può raggiungere più di gr. 750.

Possiamo computare di quanto deve crescere o diminuire un soggetto per ridursi alla norma moltiplicando l' indice normale per l'altezza dell' individuo e cercando la differenza fra il prodotto ed il peso reale. Per es., una donna di grammi 47.000 e cm. 146 dovrebbe crescere grammi 7.750, perchè 146×375 (I N normale) = 54.750 — 47.000 = 7.750.

L' I N — come dato statistico — potrebbe documentare le sofferenze di una popolazione o d'una classe; potrebbe perciò servire nello studio delle malattie del lavoro.

Lonato, luglio 1919.

Accademie, Società Mediche, Congressi

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

R. Accademia Medica di Roma

Seduta ordinaria del 23 marzo 1919

Presidenza del prof. V. ASCOLI, Vice-presidente

Contributo allo studio delle misurazioni radioscopiche del cuore.

Prof. P. ALESSANDRINI — La comunicazione è stata già pubblicata in questo periodico (vedi n. 21).

Interventi chirurgici per epilessia jacksoniana nei feriti cranio-cerebrali di guerra.

Prof. R. ALESSANDRI — L' O. presenta due dei sette feriti cranio-cerebrali di guerra su i quali è intervenuto per epilessia jacksoniana consecutiva alla cicatrizzazione della ferita. In tutti l'andamento post-operatorio fu lo stesso. Gli attacchi epilettici verificatisi ancora il 2° e 3° giorno sono sempre andati diminuendo d' intensità, di spazio e di tempo fino a scomparire. Uno degli operati da due anni non ha avuto nessun altro accesso.

Prendono la parola su la comunicazione i professori R. BASTIANELLI e S. DE SANCTIS chiedendo alcuni schiarimenti che l' O. dà esaurientemente.

Di alcuni fenomeni generali conseguenti alla stimolazione del labirinto non acustico.

Prof. G. BILANCIONI — L' O. si intrattiene sul significato fisio-patologico dei vari fenomeni che si hanno con la stimolazione del labirinto non acustico dei quali si è occupato in altra seduta, specialmente di quelli a carico dell'occhio e del sistema circolatorio e respiratorio; questi ultimi ha potuto, mediante un dispositivo applicato durante la rotazione dell' individuo, analizzare nelle grafiche del polso e del respiro. Poichè questi fenomeni sono legati al vago e al simpatico, vennero studiati oltre che in soggetti normali, in numerosi soggetti con turbe di circolo e con ipertrofia della tiroide, semplice o complicata da segni di basedowismo.

Il prof. DE SANCTIS dice di ritenere che molti dei fenomeni esposti dall'O. sono fenomeni di lavoro e richiama l'attenzione sull' importanza della distinzione degli individui in vagotonici e simpatico-tonici.

Sulla differenziazione del bacillo di Pfeiffer dai microrganismi similari.

Dott. F. CALDAROLA — In base a ricerche eseguite l' O. conclude che debbono considerarsi come b. di Pfeiffer genuini solo quelli che hanno la proprietà di fermentare debolmente il glucosio, il levulosio ed il maltosio e non attaccano l'arbutina. I Pfeiffer-simili inoltre si possono differenziare dai veri, sia con la fermentazione degli zuccheri, sia con i sieri diagnostici agglutinanti.

Il prof. GOSIO ricorda di aver riferito in altra seduta, che i bacilli pseudo-influenzali sono differenziabili anche dal punto di vista patonegetico e fa rilevare come oggi, nel corso dell'attuale pandemia, si ritorni ad osservare il b. di Pfeiffer con i suoi tipici caratteri, anzi con una esaltazione dei caratteri; quali, oltre 25 anni fa, furono descritti dallo scopritore.

Alcuni criteri di diagnosi dell' ascesso epatico dissenterico e le indicazioni alla cura medica.

Prof. T. PONTANO — L'O. si sofferma specialmente sull' importanza dell' esame del contenuto estratto mediante la puntura esplorativa.

E. GROSSI

Associazione Medico-Chirurgica di Palermo

Seduta del 22 aprile 1919

Presiede il prof. L. GIUFFRÉ, presidente

Contributo alla chemioterapia nell' influenza. I fenololipoidi nell' influenza

Prof. CESARE PIAZZA — L'O. partendo dal dato di fatto che il fenolo per osservazioni proprie e di

altri si è dimostrato utile somministrato per via sottocutanea o muscolare nella cura dell'influenza, ha cercato, per approfondire lo studio dal punto di vista della chemioterapia, se sia possibile ottenere un prodotto che fosse più parassitotropo e meno organotropo. Però in questa malattia, come in tante altre infezioni tossiemiche, occorrerebbe che l'agente chemioterapico oltre al potere parassitotropo avesse anche il potere di neutralizzare gli effetti della tossiemia apportata dall'infezione stessa. Tale medicazione antibatterica ed antitossica ad un tempo può essere data da un prodotto di unione e non da omologhi e da derivati.

L'O. ha cercato di ottenere dalla unione del fenolo, come prodotto basilare, e di vari lipoidi, come sostanze antitossiche, dei composti i quali si avvicinassero per quanto era possibile al concetto di essere antibatterici ed antitossici ad un tempo. Ha ottenuto così una serie di composti, di cui quello che presenta delle proprietà che si avvicinano molto ai criteri innanzi esposti è il *fenololipoide H*, composto perfettamente stabile che risulta dalla combinazione del fenolo colla colesterina e colla canfora, i cui caratteri fisico-chimici l'O. illustrerà altrove. È stato somministrato agli ammalati affetti da influenza per via ipodermica in soluzione oleosa al 15 %, due cc. per volta, pari a ctgr. 30, per iniezione. L'iniezione è stata ripetuta due volte al giorno ad eguale distanza. A seconda poi della gravità del caso l'iniezione può essere ripetuta per più volte, e ciascuna può essere fatta con un quantitativo maggiore di soluzione. Il fenololipoide H è stato sperimentato in circa un centinaio di casi di broncopolmonite da influenza a prognosi riservata. In linea generale la somministrazione di 60 ctgr. *pro die*, iniettati in due riprese, ha dato i seguenti risultati: Azione spiccata sui fatti tossici, i quali poco per volta regrediscono; il delirio si va gradatamente attenuando sino a scomparire completamente; la febbre si mantiene fra 38 e 38,5 senza accenno alcuno a lisi; quando si raggiunge la saturazione con le iniezioni, che varia a secondo la gravità del caso, la febbre cade sistematicamente per crisi.

La sindrome emorragica si attenua fortemente sino a scomparire: la coagulazione del sangue e la retrazione del coagulo si fanno presto normali, l'eritema scompare, la pressione arteriosa non subisce alcuna modificazione, e ritorna pressochè normale nei casi in cui si era abbassata.

Non si verificano fatti di insufficienza surrenale in seguito a tale trattamento, nè si osservano disturbi a carico del rene. Nel caso dell'esistenza di una albuminuria o di una nefrite acuta legata a questa forma morbosa esse risentono l'azione benefica di questo farmaco e scompaiono con la scomparsa di tutti i fatti tossici. I fatti polmonari perdono il caratteristico andamento torbido e si risolvono in breve. L'astenia della convalescenza si riscontra nei casi così trattati raramente e di molto attenuata.

Non ha alcuna controindicazione. Le iniezioni sono indolori e non danno indurimento di sorta.

Prendono la parola sull'argomento il professor GIUFFRÉ, il quale mette in rilievo l'importanza terapeutica dei fenololipoidi creati e studiati dal Piazza, ed il prof. BENTIVEGNA, il quale mette in rilievo alcune peculiarità della decorsa infezione influenzale. S.

R. Accademia di Medicina di Torino

Seduta del 13 giugno 1919

Voluminoso corpo estraneo (protesi dentaria) rimasto per ottanta giorni nella posizione inferiore dell'esofago ed estratto per via naturale col metodo esofagoscopico.

GAVELLO — L'A. accenna alla natura varia dei corpi estranei che possono penetrare e fermarsi nell'esofago, ai punti più frequenti di arresto, alla fenomenologia che essi determinano ed alla terapia in generale, per trattare più in particolar modo dell'esofagoscopia: dopo un cenno sullo sviluppo storico del metodo endoscopico, dal primitivo apparecchio di Bozzini (1805) fino al modello per esofagoscopia di Brünings riferisce ed illustra un caso clinico di speciale interesse: si tratta di un caporale che l'O. presenta, il quale da 70 giorni ha inghiottito un voluminoso apparecchio di protesi dentaria e dopo molte peregrinazioni da ospedale in ospedale è giunto alla Clinica, inviato dal chirurgo prima di eseguire la gastrostomia. La radiografia aveva stabilito la presenza dell'apparecchio all'jato esofageo. L'estrazione fu eseguita coll'apparecchio di Brünings con anestesia locale, in posizione dorsale, senza incidenti. L'O. presenta l'apparecchio usato, la protesi dentaria, la radioscopia.

Le conclusioni tratte dal caso clinico sono le seguenti: 1º per la diagnosi e la localizzazione dei corpi estranei in esofago, si abbandoni il sondaggio, si ricorra alla radioscopia quando il corpo estraneo è impermeabile ai raggi, del resto si ricorra senz'altro alla esofagoscopia diretta; 2º poichè un corpo estraneo anche voluminoso può rimanere molto tempo in esofago senza provocar grandi lesioni, si ricorra in ogni caso per l'estrazione all'esofagoscopia diretta coll'apparecchio di Brünings prima di decidere ogni intervento operatorio per via cruenta. Uniche eccezioni che si possono fare sono: 1º per le monete, di cui si può tentare l'estrazione coll'uncino di Kinnisson; 2º per i corpi molli non troppo voluminosi o per quelli rotondeggianti, che possono essere spinti colla sonda nello stomaco

(metodo di propulsione e « désenclavement » di Sarguow). P. SISTO

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano

Seduta del 27 giugno 1919

Presidenza: Prof. DEVOTO, presidente

Un caso di rene soprannumerario diagnosticato ed operato

N. CARRARO — In una signorina di ventidue anni, che come unico sintomo presentava da sei anni dolori alla regione renale di sinistra, l'A. riscontrò, mediante la cistoscopia, l'esistenza di uno sbocco uretrale in più del normale. Mediante opportuni esami potè dimostrare che ad ogni sbocco uretrale corrispondeva un uretere ed un rene, e diagnosticò un « rene sopranumerario sinistro ». Operata la malata si riscontrò che a sinistra esisteva un rene anomalo provvisto di due bacinetti, che sulla sua faccia anteriore lasciava chiaramente vedere come fosse il prodotto dell'unione di due reni. Nefrectomia. Guarigione in venti giorni. L'A. presenta il rene asportato e dimostra come per ragioni embriologiche ed anatomiche si tratti di un « rene sopranumerario in sinfisi col rene abituale di sinistra ».

Dita ippocratiche e particolare alterazione della formula ematologica in un caso di degenerazione amiloide a sede prevalentemente epatica.

V. RONCHETTI — Riassunta la storia clinica ed il reperto necroscopico di un caso di degenerazione amiloide del fegato in una ragazzina di undici anni, che era stata precedentemente ammalata a lungo per morbo di Pott, fa rilevare come nel caso speciale i fatti di degenerazione amiloide abbiano continuato a svolgersi fino a diventare causa unica ed efficiente della morte, mentre i fatti tubercolari eran regrediti fino a ridursi a pochi focolai incapsulati e semispenti. Ed insiste sulla evenienza, che non trova segnalata nei trattati, della comparsa delle dita ippocratiche od a bacchetta di tamburo e di una spiccata leucocitosi con polinucleosi anche nella degenerazione amiloide del fegato, a somiglianza di quanto in tutti i trattati è accennato accadere nelle cirrosi biliari e nelle cirrosi ipertrofiche del fegato in genere.

Ricerche sperimentali intorno all' esportazione dell' ovaia, surrene, tiroide, rispetto all' andamento della gravidanza.

SIRTORI C. — I risultati cui l'A. pervenne, sperimentando sopra conigli opportunamente scelte, si possono così riassumere:

L' ovariectomia bilaterale compiuta nei primi giorni della gravidanza, ne interrompe in ogni caso il decorso, così la soppressione dei corpi lutei *in situ* (mezzi chimici e termici). Nella prima metà l'aborto si espleta in un numero considerevole di operate nell'ovariectomia bilaterale, mentre la causticazione chimica o termica dei corpi lutei, lasciando in posto l'ovario, per lo più concede alla gravidanza avvicinarsi o raggiungere il termine. Nella seconda metà scarsa influenza esercitano le manovre di cui sopra: la gravidanza continua nel maggior numero dei casi. L'ovariectomia bilaterale dei primi giorni, accompagnata all' innesto degli ovari demoliti nelle pliche del peritoneo, sembra non disturbi l' andamento della gestazione; il peso medio e le condizioni nutritive dei nati, inferiori alla norma nelle precedenti esperienze, vi rispondono in quest'ultima.

L' asportazione unilaterale dei surreni nelle prime epoche, porta all'aborto; la bilaterale conduce a morte dopo circa tre giorni: l'aborto è per lo più costante dal primo al secondo giorno. Lo stato gravidico non si perturba se la demolizione di un surrene si compie in periodi inoltrati; la morte sopraggiunge avanti l'espulsione dei prodotti, se l'intervento *cœteris paribus* si estende ad entrambi gli ovari estratti da animali scelti nelle identiche condizioni, segna una sosta alla interruzione abortiva nella surrenectomia unilaterale compiuta nei primi giorni della gravidanza, che però non raggiunge od eccezionalmente la seconda metà: i feti si contraddistinguono per note di profonda e marcata atrofia.

Nella tiroidectomia parziale delle prime epoche, l' interruzione della gravidanza segna la norma; a gravidanza inoltrata, questa si porta a termine. Nessuna influenza sembrò esercitare l' innesto di uno o di entrambi gli ovari nella prima serie.

I risultati esposti e l' incostanza dei rilievi ottenuti dall'A. sono discussi sulla scorta delle più recenti vedute in ordine biologico, non escludendo che a scindere l'equilibrio materno fetale cooperino in siffatte circostanze condizioni primarie rispecchianti la struttura dell'uovo o dello spermatozoo, ovvero la deviazione funzionale degli organi endocrini fetali. Dott. L. SARTI

Società Medico-Chirurgica di Bologna

Le modificazioni dell' eccitabilità elettrica dei nervi cutanei nella sciatica

NERI V. — L'eccitazione di un tronco nervoso sensitivo, mediante una corrente faradica, provoca una sensazione dolorosa di pizzicore e bruciore in tutta l'area di distribuzione del nervo. Il dolore è tanto più vivace quanto più lo stimolo è intenso e le interruzioni faradiche frequenti.

Nella grande maggioranza dei casi di sciatica, l'eccitazione faradica mette invece in evidenza una

ipoestesia cutanea; solo raramente è dato osservare una iperestesia.

Questa ipoestesia farado-cutanea sta in contrasto coll' iperestesia dello sciatico alla compressione e alla distensione, è manifesta anche in casi lievissimi di sciatica quando ancora la sensibilità tattile non mostra differenze apprezzabili, e ci dà un criterio quasi obbiettivo della sensibilità perchè il malato, mentre reagisce vivamente al dolore dal lato sano, si mostra sorpreso per la insensibilità dal lato offeso, che egli riteneva a priori più dolente.

L' esame della eccitabilità elettro-cutanea si pratica stimolando i rami cutanei alla loro uscita dalla aponeurosi, e cioè: i rami femorali del piccolo sciatico alla radice della coscia — il nervo safeno esterno al polpaccio nel solco tra i gemelli — il ramo tibiale del nervo safeno interno al lato interno della tibia — il nervo muscolo-cutaneo al 3⁰ inferiore della faccia esterna della gamba.

A seconda delle radici colpite l' anestesia o l' ipoanestesia è limitata a questo o a quel territorio cutaneo.

Questo esame sistematicamente praticato, potrà rendere preziosi servizi nella semeiologia della sensibilità.

Trattamento dei tumori della vescica con l' elettro-coagulazione

A. PERRUCCI (comprimario chirurgo) — Con questo metodo ha guarito un tumore impiantato sull' angolo sinistro del trigono in un uomo di 55 anni, che presenta alla Società. Riferisce alcune notizie sul metodo, descrive il meccanismo d' azione delle correnti di alta frequenza e cita i risultati avuti da altri chirurghi. Il suo caso è il primo fin'ora trattato in Italia con tale metodo, è inoltre assai dimostrativo così per la straordinaria tolleranza dimostrata dal malato, come per la facilità di applicazione e per la stabilità del risultato, in quanto questa guarigione è già di un anno. Il metodo merita di essere diffuso, perchè nei tumori non molto sviluppati della vescica è da preferire ad un atto operativo cruento, non ha bisogno di anestesia generale o locale, perchè è bene tollerato dal paziente ed è esente da pericoli.

Osservazioni su la sensibilità termica dello stomaco

T. MANFREDI — Fatta un po' di storia delle ricerche sulla sensibilità al caldo e al freddo della mucosa dell'esofago, stomaco ed intestino, e riferiti i risultati dell' HERTZ (1911) che in modo più completo dei suo predecessori ha studiato l'argomento, riferisce i suoi esami fatti in tre operati di fistola gastrica per stenosi neoplastica dell' esofago, e ripetuti in individui normali. Introdusse acqua fredda a zero, e acqua calda a temperatura fra 40° e 45° e trovò la mancanza sicura di percettibilità del caldo e del freddo nello stomaco, come già aveva trovato il suo primario prof. BOSCHI (1913). Passando alla interpretazione del fenomeno, conclude che esso è spiegato dall' assenza di terminazioni nervose adeguate allo stimolo termico, le quali invece esistono nell'esofago, ivi dimostrate dal SABUSSOV (1913), per cui appunto detto viscere possiede la sensibilità pel caldo e pel freddo.

Dott. GUIDO M. PICCININI

Società Medico-Chirurgica di Pavia

Seduta del 12 giugno 1919

Di alcune speciali formazioni (parassiti?) che si riscontrano nel vitello delle uova della Rana esculenta *(Presentazione di preparati).*

Dott. C. BOCCADORO — L'O. ha fatto oggetto di una sua comunicazione la presenza di alcune speciali formazioni, che si riscontrano nel vitello delle uova di giovani rane della specie Rana esculenta.

Queste singolari formazioni si presentano in un modo molto svariato, dalle forme rotondeggianti a quelle fusate, appuntite alle due estremità. Si colorano intensamente ed in un modo del tutto diverso dal resto del vitello in cui spiccano nettamente differenziate. La dott. Boccadoro si è prefissa lo scopo di ricercare se esistano forme di passaggio da le forme rotonde alle fusate, se tutte si possono considerare da uno stesso punto di vista e se siano fornite di una speciale struttura. Presentano infatti una finissima striatura longitudinale i corpi allungati e concentrica i rotondeggianti; questi ultimi contengono nel loro interno un corpicciolo finemente granuloso, che si presenta poi scisso in due (uno a ciascuna estremità) nei corpi allungati a bastoncino. Questi corpiccioli si colorano in un modo del tutto diverso dal resto del corpo, il che farebbe pensare all' apparenza di corpi cellulari.

Fatta una minuta analisi, anche sulla scorta della letteratura, del significato e delle diverse ipotesi che si possono fare sulla natura di questi corpi, la Boccadoro, escludendo che si tratti di stati di degenerazione del vitello o di nuclei vitellini o di centrosomi o tanto meno di corpi cristallodi e di sostanza nucleare uscita dalla vescicola germinativa, sarebbe piuttosto inclinata all' ipotesi che si tratti di qualche cosa di natura extra-ovulare, forse parassitaria. Appoggierebbe tale ipotesi la struttura delle formazioni in questione, il loro modo di presentarsi, specialmente in preparati a fresco e la varietà di forma e di struttura che potrebbero corrispondere a modificazioni in rapporto con stadi di-

versi di sviluppo: di più la presenza non costante in tutte le rane e la loro maggior frequenza in animali tenuti più a lungo nella vasca di Laboratorio e più deperiti. A. GASBARRINI

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA

CASISTICA

Sulla diagnosi della sinfisi cardiaca e delle mediastiniti adesive

E. LENOBLE *(Annales de Médecine* e *Archives des maladies du cœur,* marzo 1919) riporta diverse osservazioni cliniche in cui la ricerca minuziosa dei segni di sinfisi cardiaca ha portato spesso ad errori di diagnosi. L'A. conclude quindi che non esiste alcun segno di certezza della sinfisi del pericardio, e propone di distinguere la sinfisi pura dei due foglietti del pericardio (che lascia il cuore mobile) dalle aderenze mediastiniche del pericardio, che comportano una prognosi ben più grave.

La sinfisi pura è generalmente silenziosa e costituisce un reperto d'autopsia. Anche le aderenze mediastiniche sono di diagnosi difficile, poichè la maggior parte dei segni che dovrebbero essere caratteristici mancano spesso in casi di aderenze confermate, oppure invece si trovano senza che si rinvengano aderenze all'autopsia. Ciò si deve dire particolarmente dei segni forniti dalla percussione ed anche di quelli grafici. La maggior parte dei segni forniti dalla radioscopia può indurre in errore: così la scomparsa dei seni costo-diaframmatici si vede anche senza sinfisi. La fissità della punta nell'incurvazione del t onco è spesso difficile da rilevare e la si trova talora anche in casi di grande dilatazione del cuore.

Maggiore importauza va annessa all'intensità delle ombre ed alla presenza di una larga macchia nera, che occupa una gran parte del torace, purchè non vi sia sarcoma del mediastino.

In complesso però, i segni radioscopici sono i meno infedeli e permettono di fare, con sufficiente approssimazione, le diagnosi di mediastinite adesiva e, talvolta, anche di localizzare la sede delle aderenze (sinfisi locale). *r. s.*

Accelerazione volontaria dei battiti cardiaci

H. WEST e W. SAVAGE *(Archiv. of intern. med.* e *Arch. des maladies du cœur,* marzo 1919) hanno osservato uno studente di medicina, esente da tare fisiche e nervose, che senza aver mai avuto tachicardia, si accorse di poter aumentare a volontà il numero delle pulsazioni. L'accelerazione incomincia subito dopo il comando e raggiunge il massimo dopo una diecina di contrazioni cardiache: è accompagnata ad un leggero aumento nel numero e nell'ampiezza delle respirazioni ed a una moderata dilatazione pupillare. La tensione sanguigna aumenta notevolmente ad ogni periodo di accelerazione, fino a 18 millimetri per una accelerazione di 27 battiti al minuto.

L'elettrocardiogramma non mostra nè diminuzioue di R, nè aumento di P e T durante la fase di accelerazione: l'intervallo P-R e la distanza fra l'inizio di R e la fine di T non sono modificati; l'elettrocardiogramma non dimostra nemmeno indebolimento della sistole. Si nota leggera aritmia sinusale nell'ispirazione forzata.

Dopo l'iniezione di 2 mg. di atropina, la facoltà di accelerazione esiste ancora, però meno marcata; si nota parallelamente una dim nuzione dell'aritmia sinusale.

Dal punto di vista patogenico, è difficile precisare la parte che, nel fenomeno, hanno il pneumogastrico o gli acceleratori. Gli AA. tendono a ritenere che si tratti di diminuzione primitiva del potere inibitore del pneumogastrico; questo primo effetto viene rinforzato da un'azione secondaria degli acceleratori. *fil.*

Conseguenze dell'oliguria di origine cardiaca

L'oliguria determina nei cardiaci diverse manifestazioni renali che si sovrappongono ai disturbi cardiaci e possono anche prendere un posto predominante nel quadro clinico. JOSUÉ e PARTURIER *(Archiv. d. maladies du cœur,* marzo 1919), che hanno in un lavoro precedente studiato i disturbi dovuti alla ritenzione azotata, insistono sulla ritenzione di cloruri d'origine cardiaca.

Per la diminuita eliminazione acquosa, vi è ritenzione di una certa quantità di acqua, e ritenzione proporzionale di cloruro di sodio, anche senza alcuna partecipazione renale. Si può anche osservare il quadro della nefrite con ritenzione di cloruri, con o senza associazione della sindrome azotemica. Si tratta pertanto di falsi cardio-renali, come è dimostrato dall'effetto del trattamento tonico cardiaco: il rene però è spesso lievemente alterato. Del resto, anche nei veri nefritici, lo stato del cuore è un fattore d'importanza capitale, poichè il suo indebolimento, portando di conseguenza l'oliguria, aggrava l'azotem a o la ritenzione di cloruri.

L'eliminazione acquosa e quindi lo stato del miocardio sono nell'uno o nell'altro caso elementi essenziali per la prognosi e per la terapia. Nell'asistol co con sindrome renale attribuibile all'oliguria l'indicazione curativa essenziale, sarà di ottenere una poliuria liberatrice per mezzo del cuore. Spesso

i sintomi renali sono considerati come contro-indicazioni della digitale; invece anche nel renale con segni di fatica cardiaca, la digitale troverà una indicazione netta, facendo esso scomparire un elemento aggravante. In ogni caso il regime declorurato è un aiuto prezioso, sebbene insufficiente, per la cessazione dei disturbi. *fil.*

TERAPIA

La terapia dell'acne

Si uniscono sotto la denominazione di acme, la massima parte delle lesioni dell'apparecchio escretore delle ghiandole pilo-sebacee. L'acne occupa sempre la stessa topografia (faccia, linea mediana del tronco, organi genitali, perineo, regione perianale, doccia vertebrale, nuca e cuoio capelluto). Si presenta in forme assai diverse: dalla semplice e comune acne puntata si può passare a quella papulosa o eritemato papulosa, a quella flemmonosa ed anche tubercolare.

L'acne puntata non offre alcuna difficoltà diagnostica (JEAN SELME - *Journal des Praticien,* 3 maggio 1919): la forma papulo-pustolosa molto florida può far pensare al vajuolo, da cui si distingue per la mancanza di febbre e di sintomi infettivi; papulo-pustole si possono avere anche in seguito a frizioni ed a lozioni irritanti, però con distribuzione meno sistematizzata; anche le eruzioni medicamentose (joduri, bromuri) possono offrire qualche incertezza, sebbene anche in esse gli elementi siano dispersi. Le sifilidi papulose, papulo-tubercolose, tubercolo-ulcerose, possono pure confondersi con varietà d'acne; quelle però sono più spesse, più dure, più secche al tatto. Anche i tuberculidi possono simulare l'acne: nel lupus eritematoso le papule sono essenzialmente tenaci e croniche: nel *lichen scrophulosorum* gli elementi sono affatto circoscritti; i tuberculidi papulo-necrotici hanno sede sugli arti, aspetto violaceo, livido, lasciano una punteggiatura biancastra indelebile e si accompagnano ad altre manifestazioni tubercolari esterne.

Il tipo clinico più frequente è l'*acne giovanile,* che si sviluppa verso la pubertà e continua fino ai 22-25 anni: nelle ragazze, talvolta si hanno nuove eruzioni ad ogni mestruazione. Si ha poi l'*acne cheloide,* che può risalire al cuojo capelluto, dando l'acne depilante. L'*acne del ritorno di età* si manifesta sotto forma di acne rosacea sui due versanti del naso e si estende sulle guancie. Tutte le forme di acne, ma specialmente la rosacea, possono diventare ipertrofiche, amplificando fino al grottesco le dimensioni del naso.

L'acne si accompagna spesso a disturbi digestivi (ipocloridria, costipazione, dispepsia); si osserva frequentemente nei soggetti clorotici, anemici, linfatici. La causa dell'acme è sconosciuta.

Il trattamento varia secondo i casi; spesso con la regolarizzazione delle mestruazioni, col trattamento della metrite, si vedono scomparire acni ribelli. L'igiene alimentare (masticazione, esclusione di alcool, e di alimenti irritanti, consumo di legumi e di frutta) sarà giovevole in certi casi, come pure il trattamento generale nei tipi linfatici (clima marino, arsenicali, olio di fegato di merluzzo), negli anemici (ferrugginosi).

Nel trattamento locale, che deve essere in prima linea, l'elemento essenziale è lo zolfo. Si deve però prima sgrassare la pelle con liquore di Hofmann: quando le lesioni sono profonde, si deve anche produrre l'espoliazione a mezzo di pomate irritanti di acido salicilico, di resorcina od anche di acido pirogallico o crisofanico (a $^1/_{30}$ - $^1/_{15}$).

Lo zolfo può incorporarsi in una pasta di zinco, ma è preferibile usarlo in lozioni come la seguente:

Zolfo sublimato	gr.	6
Alcool canforato	»	30
Glicerina neutra	»	40
Acqua e acqua di rose ana	»	100

La lozione si applica alla sera: l'indomani mattina il malato si lava con acqua tiepida ed applica la seguente pomata:

Cold-cream fresco . . .	gr.	40
Glicerina neutra . . .	»	18
Ossido di zinco	»	2
Tintura di benzoino	goccie	50

Per l'acne necrotica della fronte e del cuojo capelluto, è necessario il galvano cauterio; per l'acne cheloide della nuca si faranno scarificazioni profonde e si applicherà la radioterapia.

Nell'acne rosacea, si prescrivono contro gli elementi pustolosi il lievito di birra fresco od i preparati di stagno; contro le ectasie capillari si useranno le scarificazioni seguite da punte fine di termo-cauterio. *r. s.*

FORMULARIO

Nella piorrea alveolare e nell'ozena

Contro l'ozena Rosenthal suggerisce le seguenti varie formule:

1. *Vasellina*	gr. trenta
Gomenolo	gr. tre
Precipitato giallo	centigr. venticinque
Citrato di sodio	gr. due.
2. *Vasellina*	gr. trenta
Citrato di sodio	gr. uno
Balsamo del Perù	gr. cinque

La piorrea alveolare sembra essere spesso conseguenza dell'ozena: per guarire quindi la prima

affezione non si trascuri mai di curare la seconda, cercando di rendere pervie le fosse nasali, la cui ostruzione provocherebbe la piorrea.

a. a.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

I libretti di lavoro

V. RONDANI (*Riv. d' igiene e san. publica* maggio 1919) richiama molto giustamente l' attenzione sulle gravi deficienze che si osservano nell' applicazione della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli.

E' noto che a questi si è dapprima rivolta l'attenzione del legislatore, allo scopo di impedire che si dedichino al lavoro fanciulli e donne minorenni, fisicamente inadatti; per questo è stata fissata l' età di ammissione al lavoro, per questo si impose la visita medica preventiva.

Come venga applicata tate provvida legge, si può giudicare dai rilievi fatti dall' A. in Piemonte. Di tutti i libretti visitati in un periodo di un paio d' anni, solo il 17 % furono trovati regolari, il 32 % irregolari, il 36 % compilati in modo deficientissimo, il 15 % mancanti addirittura dei dati medici o dei dati d' istruzione; per di più vennero trovati occupati nelle industrie molti fanciulli al di sotto dei 12 anni.

Nè meglio vanno le cose altrove. Nella provincia di Milano si ebbe nel 38 % una prima visita medica fatta senza cura, nel 28 % in modo mediocre, nel 35 % assolutamente deficiente. La seconda visita poi, da farsi quando l' operaio cambia mestiere, non viene quasi mai praticata; e manca di fatto in 85 % dei libretti di Milano in 64 % del Piemonte. Nè alcun significato può avere un certificato di visita, compilato come troppo spesso avviene e talora soltanto firmato in bianco dal medico, sicchè accadono talora dei curiosi equivoci, come p. e. la dichiarazione di costituzione scheletrica regolare per una gobba, di visus normale per una monocola ecc. A giudicare dai libretti, poi, tutti i minorenni sono di costituzione regolare e di stato di salute buono, sicchè l' A. non ha trovato un libretto in cui sia segnato un vero e proprio risultato di visita medica.

Quando invece si guardi più addentro alla faccenda si trova che tali falsi certificati di compiacenza sono dei veri delitti: così il Carozzi ha riscontrato un ragazzo rachitico e nefritico giudicato atto a lavorare con colori piombiferi, una fanciulla, con grave vizio cardiaco, dichiarata idonea a pesanti lavori manuali, un' altra con grosse varici alle gambe, atta al lavoro al tornio in piedi.

La colpa, dice l'autore, non è dei medici; è il sistema che è sbagliato, sono le Amministrazioni che pretendono tutto senza dar nulla e che richiedono il massimo rendimento col minimo sacrificio finanziario. Ben diversamente vanno le cose in altri paesi dove questo servizio è bene organizzato, come p. e. in Inghilterra in cui si trova il 3,3 % di respinti per malattia e difetti organici, per forme costituzionali, per mancanza di pulizia, per imperfetta convalescenza dopo la malattia.

Da noi invece tale mansione, è stata affidata con un colpo di penna all' Ufficiale sanitario, senza pensare ad istituire degli organi adatti e specializzati allo scopo, dandogli questo sovraccarico di lavoro senza la minima retribuzione. E se nelle grandi città possono venir delegati a tale compito i medici dell' ufficio di igiene, nei comuni minori, è proprio l' ufficiale sanitario — retribuito con poche centinaia di lire all' anno che deve compiere personalmente questo lavoro, che in certe borgate industriali diventerebbe gravissimo se fosse fatto a dovere. E' facile quindi trovare la ragione delle tali accennate deficienze, davanti alle quali però la legge non ammette scuse, comminando (art. 9 del Decr, luog. 9 agosto 1916) delle pene per il rilascio irregolare di libretti di lavoro e per irregolarità nella dichiarazione medica.

La questione si riallaccia poi a tante altre relative alle mansioni dell' ufficiale sanitario e dimostra la necessità di provvedere al più presto per riparare a tale stato di cose. Non basta promulgare nuove leggi, occorre fornire i mezzi per farle eseguire, senza di che il più perfetto sistema legislativo rimane lettera morta.

fil

POSTA DEGLI ABBONATI

(0000) *Cura del tatuaggio.* — Al dott. F. C. da P.

Non conosciamo metodi di cure mediche per far scomparire il tatuaggio. Si adoperano invece con maggiore o minor successo i vescicatorii, le causticazioni con acidi in concentrazione diversa, il tatuaggio bianco con polvere di smalto etc. L'elettro punture e l' elettrolisi sono stati anche usati, ma tutti questi mezzi hanno l'inconveniente di produrre talvolta cicatrici anche più deformanti del tatuaggio stesso. Il metodo più usato è quello di versare sulle parti tatuate una soluzione concentrata di tannino e poi per mezzo di un ago da tatuaggio di fare delle piccole punture molto ravvicinate fra di loro sulla superficie da decolorare. Si passa di poi del nitrato di argento in cannelli nella superficie così trattata e si forma allora del tannato di argento negli strati superficiali della cute i quali assumono poco a poco una tinta scura e si distaccano dopo

qualche giorno in escare sottili. Al di sotto il derma e l'epidermide rapidamente riparano e dopo circa due mesi resta una cicatrice appena visibile. Quando il tatuaggio è minuscolo il mezzo più semplice è quello di asportare chirurgicamente le particelle estranee.

(Cfr. Brocy Dermatologie pratique, vol. I p. 400).

V. MONTESANO

(0000) *Resistenza delle diverse vitamine.* — I fattori alimentari di ignota costituzione che vengono compresi sotto il nome di vitamine possono dividersi in tre categorie. *V. antirachitiche* (burro, olio di fegato di merluzzo), *V. antiberiberiche* (germe dei cereali, legumi verdi, uova, lievito di birra, carne, polpa di frutta, latte), *V. antiscorbutiche* (aranci e limoni freschi, cipolle, cavolo (foglie) latte).

La resistenza maggiore si osserva nelle vitamine antiberiberiche, che rimangono inalterate o quasi a 100°, ma però a 110°-120° vanno man mano distruggendosi, pure esistendo in gran parte degli alimenti cotti, mancano in quelli sterilizzati (a $^1/_2$-1 atmosfera). Scarsa invece è la resistenza delle vitamine antiscorbutiche, che scompaiono anche alla temperatura ambiente (e quindi nelle frutta e legumi secchi); resistono invece a lungo se gli alimenti sono conservati al freddo. Per quanto riguarda l'azione delle alte temperature, l'esposizione a 100° per $^1/_2$ ora non le distrugge, mentre invece, prolungando l'esposizione ad un'ora o portandole a 110°-120° si ha rapida e completa distruzione. É importante lo sviluppo di queste vitamine in correlazione con le germinazioni, tenendo p. e. dei cavoli freschi in acqua per 24 ore e poi lasciandoli a se per altre 24 ore. Analogamente si può fare coi grani di cereali, lasciandoli in acqua per 12-24 ore e poi, gettata l'acqua, per altre 12-48 ore. Sulla importanza delle vitamine antiscorbutiche però le opinioni sono discordi; in quanto che alcuni ritengono che lo scorbuto non appartenga alle malattie da carenza (avitaminosi) ma piuttosto a mancanza di elementi dell'alimentazione per cui ne risulta un difettoso funzionamento dell'intestino.

FILIPPINI

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. U. GABBI. *Come si deve raccogliere la storia clinica nei malati di malattie interne.* Editore Licinio Cappelli, Bologna, 1919. L. 5.

Il volumetto del Clinico di Parma risponde alla necessità, vieppiù sentita, d'una guida per i giovani che s'avviano alla clinica medica e che si trovano sempre, sulle prime, disorientati, quando devono raccogliere un' anamnesi o compilare uno stato presente in modo ordinato, conciso, efficace.

Di fronte al consimile *Leitfaden* dello Strümpell (che, con analoghe intenzioni, io tradussi sin dal 1913), bisogna riconoscere al manualetto del Gabbi una maggior modernità di vedute e, soprattutto, quel senso di umanità (ignoto al Clinico di Lipsia), che — specialmente nel capitolo sull'anamnesi personale — mira ad infondere nello studente la comprensione della psiche, delle sofferenze morali e dei disagi del paziente, lontano dalla famiglia e fatto oggetto di studi nelle cliniche.

L'inevitabile acceleramento dei corsi *tempore belli,* che impedì ai giovani studenti di compiere un largo tirocinio di semeiotica pratica al letto dell'ammalato, rende ancor più utile oggi questo volumetto del Gabbi. E poichè una buona storia è già, in potenza, una diagnosi, noi vorremmo che il libriccino fosse nelle mani di tutti gli studenti del secondo triennio e ne divenisse inseparabile consigliere e guida.

Rusca

VARIA

La superiorità degli emigranti italiani — De Johannis scioglie un inno alla virtù della gente italiana. Gli italiani costretti ad emigrare si distinguono per la loro temperanza, per la loro frugalità, per la loro moralità.

Negli asili dei poveri, negli ospizi e nei manicomi degli Stati Uniti è stato eseguito un censimento. Da esso risulta che su un totale di 50,233 stranieri ricoverati negli asili dei poveri, gli italiani sono soltanto 313. — Gl' irlandesi rappresentano il 45,5 %; i tedeschi il 23,3 %; gl' inglesi l' 8,7 %; gli scandinavi il 4,9 %; i canadesi il 4,8 %; gli italiani l' 1 %. A New York, dove il numero degli emigrati irlandesi e italiani è pressochè eguale, furono ricoverati nell' istituto di Blackwals 1564 irlandesi e soltanto 16 italiani.

Su un totale di 43,064 stranieri rinchiusi nei manicomi degli Stati Uniti, gl' irlandesi rappresentano il 29 %; i tedeschi il 26,9 %; gli scandinavi il 15,7 %; gl' inglesi il 7,8 %; i canadesi il 6,5 %; gli italiani il 2,3 %!

Negli Istituti degli idioti, i tedeschi hanno la percentuale del 26,4 %; i canadesi il 14,4 %; gli scandinavi l' 11,7 %; gli inglesi il 9,7 %; gl' irlandesi il 7 %; gli italiani il 3,7 %.

Nella sobrietà non v' è chi sorpassi i nostri emigranti. Risparmio degli italiani il 79,49 %; degli slavi ed ungheresi il 69,23 %; degli altri emigranti il 53,85 %. Gli italiani inviano in patria oltre un mezzo miliardo all' anno, ma contemporaneamente aumentano la ricchezza e la produzione degli Stati Uniti dove vivono, di almeno dieci miliardi.

Le donne italiane emigrate si distinguono per la loro prolificità.

Su mille donne francesi, nella Repubblica Argentina, si sono avuti 75 bambini; su mille donne argentine 85; su mille donne inglesi 92; su mille donne tedesche 96; su mille donne spagnuole 128; su mille donne italiane 175!

NELLA VITA PROFESSIONALE

CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE

Premio di smobilitazione al personale universitario

Ad analoga interrogazione del senatore Maragliano il Ministro della guerra ha risposto che « gli assistenti universitari di ruolo benchè soggetti a conferma annua, sono pagati con stipendio ed il servizio da essi prestato è valido agli effetti della pensione.

Debbono quindi ritenersi veri e propri impiegati dello Stato. Ad essi spetta perciò soltanto la indennità di smobilitazione di lire 250 e quella vestiario di pari ammontore, di cui agli articoli 3 e 4 del decreto luogotenenziale 20 febbraio 1919 e non quella di congedamento di cui all'art. 1 del suddetto decreto.

I medici ferroviari

Si è riunita la presidenza dell'Associazione dei medici ferroviari italiani insieme ai presidenti delle sezioni compartimentali al completo. I convenuti hanno all'unanimità deplorato le condizioni in cui vengono lasciati i medici ferroviari, da chi avrebbe il dovere di tutelarne la dignità e gli interessi; hanno stabilito di aderire al Sindacato medico italiano, approvandone il progetto di statuto.

In riguardo alla deliberazione già presa di attuare con il 1° luglio l'ostruzionismo se non fossero stati accolti i loro desiderata, si è deciso la sospensiva, nominando una commissione che si recasse dal ministro dei trasporti ad esporgli le condizioni dei medici ferroviari, sollecitando i miglioramenti richiesti con il memoriale già presentato.

Il ministro ha ricevuto con molta cordialità la commissione assicurandola che le richieste saranno da lui esaminate nel più breve termine con benevolo interessamento. Ha invitato i medici a voler soprassedere a qualsiasi agitazione in attesa dei provvedimenti che sarà per prendere. In quanto al regolamento ha riconosciuto l'equità della domanda, dando in proposito formali assicurazioni.

La presidenza, udita la relazione della commissione e preso atto delle buone disposizioni del ministro, ha deliberato di sospendere per ora ogni agitazione confidando nelle promesse del ministro stesso.

La commissione per la legge sull'assicurazione contro le malattie

Il prof. Silvagni, presidente dell'O. d. M., ebbe il giorno 11 giugno una lunga conferenza col Ministro Ciuffelli al quale presentò i voti del Congresso chiedenti che il rappresentante della Federazione fosse chiamato a far parte della Commissione per lo studio del progetto di legge per le assicurazioni obbligatorie per le malattie. Il Presidente fece chiaramente osservare come oltre ai medici condotti, a tutela dei quali vi è nella Commissione il loro Presidente dott. Martinelli, vi fossero i medici liberi esercenti che sono vivamente interessati nella questione. Il ministro Ciuffelli accolse benevolmente la richiesta e si riserbò di dare una risposta. Infatti il giorno 19 giugno il Ministro partecipò che il prof. Luigi Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, è stato chiamato a far parte della Commissione per lo studio delle Assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

É pertanto necessario che gli Ordini e le Associazioni sanitarie comunichino con la maggior sollecitudine alla Presidenza Federale voti e proposte concrete sulle condizioni che dovranno essere fatte ai medici nel progetto di legge.

Associazione fra Direttori d'Ospedali

Questa Associazione ha indetto per i primi di ottobre un Convegno-Assemblea dei soci in Trieste. Lasciando da parte la trattazione dei temi già proposti per il Congresso di Milano del giugno 1915, si è fissato un ordine del giorno che tratterà della progettata fusione con la Associazione dei Medici ospitalieri, della legge da richiedersi per gli Ospitali comuni, simile a quella dei Manicomi, e di altri argomenti di attualità in materia di interessi di classe e di organizzazione dell'assistenza ospitaliera.

Associazione fra i sanitari Ospedalieri di Palermo

Nei locali dell'Ospedale di S. Saverio si sono riuniti i Medici Ospedalieri di Palermo. Erano presenti i proff. Mannino, Pagano, Orestano, Cosentino, ecc. ecc., ed i dottori La Manna, Girgenti, Masotto, Anastasi, e numerosi altri colleghi. Avevano aderito i Sanitari che prestavano servizio di guardia nell'Ospedale della Concezione.

Si è deliberato di ricostituire l'Assoeiazione fra i Sanitari Ospedalieri per la tutela di tutti gl'interessi scientifici morali e finanziari della Classe. Il Consiglio Direttivo è risultato così composto: prof. Pagano, dott. Sapuppo, prof. Fici, dott. Girgenti, dott. Tumminia, dott. Pernice, dott. De Luca.

I medici condotti del Veronese ottengono miglioramenti

La Sezione Veronese dei medici condotti ha ottenuto l'impegno dei Comuni di far deliberare su-

bito gli aumenti sulla base di quanto fece il Consiglio Provinciale pei suoi dipendenti, e fu fissata l'indennità cavallo in L. 1800, per altri mezzi di trasporto L. 1000, fermi restando gli assegni speciali per altre mansioni e l'indennità per caro-viveri.

I medici primari di Bologna dimissionarî

I medici primari dell'Ospedale Civile di Bologna proff. E. Boschi, A. Busi, G. Dagnini, U. Monari e G. Vannini, che da circa un ventennio coprivano il posto, circondati dalla generale estimazione, hanno rassegnate le dimissioni.

In due lettere al Presidente del Corpo Amministrativo Centrale degli Ospedali di Bologna essi spiegano e giustificano il loro operato, che ha carattere e significato di aperta ed energica protesta contro la violazione di diritti garantiti dal concorso da essi vinto a suo tempo, dal regolamento in vigore e da un accordo intervenuto.

Si dichiararono sicuri che da questa legittima risoluzione i malati non risentiranno pregiudiz o alcuno.

Lo sfruttamento dei medici

In questi tempi, in cui le rivendicazioni economiche operaie si susseguono con un continuo crescendo, la Società centrale operaia napoletana con un avviso sui giornali quotidiani ha invitato « i signori medici chirurghi, che *per affetto alla classe lavoratrice* aderiscono di far parte del Comitato di assistenza », ad inviare la loro adesione.

Altro che tariffe minime!

ATTI PARLAMENTARI

Questioni sanitarie alla Camera

L'on. Vincenzo Bianchi, occupandosi alla Camera delle recenti agitazioni determinate dal carovivere, ha accennato alle condizioni dei medici condotti, ammonendo il Governo a prendere provvedimenti tempestivi prima che venga turbato il continuo e regolare funzionamento dei servizi sanitari. Ha suggerito l'istituto dell'arbitrato per dirimere contrasti e dissensi.

In una precedente seduta lo stesso oratore ha raccomandato caldamente la sollecita smobilitazione del Corpo sanitario e ha esposto con efficacia le ragioni che la giustificano. Ha rilevato che sarebbe impossibile ripristinare l'ordinamento anteriore alla guerra della Sanità militare: egli vagheggia un ordinamento analogo a quello della Sanità civile, con un apposito Consiglio superiore di Sanità militare. Si abolisca pure il posto di Direttore generale, ma si riformi l'Ispettorato in modo da renderne più efficace l'azione. Che se quel posto deve essere mantenuto, fa voto che sia sempre affidato a persone di vera e indiscussa competenza.

Ha raccomandato infine la condizione dei militari che, dopo essere stati ripetutamente al fuoco e aver riportate onorate ferite, mandati in convalescenza, abbiano tardato a restituirsi ai rispettivi corpi.

L'on. Maffi ha insistito sulla necessità di procedere sollecitamente alla smobilitazione dei medici, degli istituti sanitari e dei prigionieri di guerra, nonchè di provvedere ai malarici, tracomatosi e alienati di guerra ed alle pensioni per i decimati.

L'on. Brunelli ha richiamato l'attenzione sulla crisi ospedaliera ed ha fatto valere la convenienza di assegnare largamente agli ospedali il materiale sanitario bellico e di provvedere prontamente all'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'on. Casalini ha censurato i servizi sanitari e annonari organizzati dalla Direzione generale di Sanità in Calabria durante l'epidemia influenzale ed ha elogiato l'opera della Croce Rossa Americana.

I mutui per l'acqua potabile

L'on. Gesualdo Libertini ha presentato la seguente interrogazione ai Ministri dell'Interno e del Tesoro: « sulla necessità di consentire che senza ulteriore istruttoria vengano elevati del doppio i mutui concessi per la conduttura d'acqua prima della guerra, senza di che non sarà possibile la esecuzione dei lavori occorrenti all'uopo, lasciando così moltissimi Comuni privi del beneficio dell'acqua potabile ».

CONDOTTE E CONCORSI

TRIESTE (*Municipio*) — A tutto il 15 settembre è aperto il concorso ad un posto di medico assistente internista ed a tutto il 20 settembre di medico assistente oculista presso l'Ospedale Civico. Per l'annunzio di concorso e informazioni rivolgersi al Municipio.

APRIANO (*Venezia Giulia*) — Medico comunale; emolumento iniziale L. it. 2000 annue; indennizzo di vettura L. 350; sede del medico nella casa municipale in Icici con alloggio gratuito; condizioni di servizio a tenore della legge provinciale del 12 agosto 1907, ostensibili all'ufficio del Commissario straordinario di Apriano-Icici, cui sono da inoltrare le domande debitamente corredate.

BLATTA DI CURZOLA (*Dalmazia*) — È aperto concorso medico. Diecimila abitanti. Obbligo di prestare

opera gratuita soltanto ai poveri. Stipendio 500 lire mensili. Rivolgersi al Gerente comunale di Blatta.

Ricercasi urgentemente medico interinale, fino ad espletamento del concorso, dal Comune di Trevi nel Lazio (Roma). Stipendio lire 650-700 al mese. Rivolgersi al Sindaco.

Offresi interinato di sei mesi dal Comune di San Lorenzo Nuovo (Roma). Rivolgersi al dott. Ernesto Benedetti.

Medico-chirurgo provetto frequentato testè primo semestre scuola odontoiatrica Ginevra, cerca posto presso gabinetto dentistico fino mese novembre. Offerte presso l'avv. A Cappugi via del Carmine, 4, Pistoia.

Chirurgo lunga pratica Cliniche, Ospedali, assumerebbe interinato come chirurgo primario. Rivolgersi: Amerigo Masselli, via Defilis, 44, Terni.

Nomine, Promozioni, Onorificenze

Al primario Giorgio Nicolich di Trieste venne conferito il titolo di professore di urologia alla clinica di Firenze.

Questa notizia giunse assai gradita a tutti i medici di Trieste e specialmente a noi suoi allievi. L'onorificenza concessa all'illustre maestro è il giusto premio ai meriti da lui acquistati in lunghi anni di assiduo lavoro. Egli è uno dei pionieri dell'urologia: fondò la divisione urologica del nostro civico Ospedale, sostenendo sempre il principio che l'urologia, data la sua importanza, deve essere una branca a parte della chirurgia.

Il reparto urologico del nostro Ospitale, il primo istituito in una città italiana, acquistò ben presto fama grazie all'iniziativa personale del prof. Nicolich. Egli con le sue pubblicazioni e con le sue relazioni ai congressi nazionali ed internazionali portò non solo grande contributo all'incremento dell'urlogia, ma dimostrò ancora di quanto fervido lavoro era l'iniziatore. Un museo di patologia uriuaria, annesso alla divisione urelogica, ricco dei più svariati e rari preparati, illustra il lavoro compiuto dal prof. Nicolich in tanti anni.

Alla sua scuola si istruirono non solo tutti gli urologhi di Trieste, ma moltissimi delle più varie regioni d'Italia.

Il nostro maestro sdegnò sempre ogni onorificenza che potesse venirgli conferita dall'Austria.

La Patria finalmente unita potè dare ora il giusto premio ai suoi meriti, pari alla sua modestia ed alla sua bontà.

DOTT. PIERO DE FAVENTO

A rettore della R. Università di Pavia fu eletto il prof. Zoia, che già vi teneva la cattedra di ordinario di Patologia medica.

L'egregio professore segue, così, degnamente le orme del padre che per tanti anni vi insegnò Anatomia umana, e dell'avo materno, prof. Panizza, che fu gloria di quell'Ateneo.

Il Corpo Accademico della R. Università di Padova ha eletto rettore il prof. comm. L. Lucatello, già preside della facoltà di Medicina.

Al senatore conte Giuseppe Frascara, presidente uscente della C. R. I., il Consiglio direttivo della Istituzione ha assegnato il massimo attestato di onore, la croce di benemerenza, distinzione concessa fin'ora ai sovrani e al generalissimo Diaz.

Il Governo ha conferito al sen Frascara la Gran Croce della Corona d'Italia.

Il prof. Luigi Cappelletti, direttore del Manicomio di San Servolo di Venezia, per le benefiche opere sociali svolte durante la guerra, è stato insignito dal Ministero delle terre liberate della Croce di Commendatore della Corona d'Italia.

Il prof. dott. cav. Giuseppe Cavallaro incaricato dell'insegnamento della Stomatologia nel R. Istituto di Studi Superiori, con decreto luogotenenziale 22 giugno u. s. su proposta di S. E. il presidente del Consiglio, è stato nominato ufficiale della Corona d'Italia.

Il dott. Gaetano Siciliano di Riesi (Caltanisetta) è stato nominato Cavaliere della Corona d'Italia.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Rubino Salvatore in clinica oculistica a Catania; Pellegrini Rinaldo in medicina legale a Parma; Zironi Amilcare in patologia generale a Firenze; Ninni Camillo in batteriologia a Napoli.

ALBO D'ORO

MEDAGLIA DI BRONZO

PIANA CESARE, da Milano, tenente medico di complemento 2° reggimento alpini. Con calma e sprezzo del pericolo apprestò le più amorevoli cure ai feriti sotto il violento fuoco nemico. Avuto sentore che dei feriti gravi giacevano sulla prima linea, spontaneamente e con grande ardimento, incurante delle offese avversarie, vi si recò per prestare loro la propria opera. (Stretta di Saga - Monte Stol, 24 ottobre 1917).

CROCE DI GUERRA

Il tenente medico dott. FILIPPO NICOLI, volontario di complemento, per la sua eroica condotta

durante l'offensiva austriaca del giugno 1918 sull'Asolone (Grappa) riceveva la croce di guerra sul campo.

NOTIZIE

Il X Congresso della Società Italiana di Ortopedia

è indetto presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per i giorni 19-20 ottobre 1919.

Sono stati scelti i seguenti temi:

1. *La protesi*, relatore prof. RICCARDO DALLA VEDOVA, Roma.

2. *La cura della pseudoartrosi*, relatore prof. PIERO PALAGI, Firenze.

Per invito della Presidenza il prof. CARLO FRANCIONI, ordinario di Clinica Pediatrica nella R. Università di Bologna, terrà una lettura sul tema: *L'evoluzione morfologica dell'organismo umano nelle prime età della vita.*

Al Congresso sarà annessa una mostra di apparecchi di ortopedia meccanica (esclusi gli arti artificiali) e di strumenti per chirurgia ortopedica.

I Soci che desiderino prender parte alla mostra sono pregati di darne sollecito avviso alla Presidenza indicando esattamente la qualità degli oggetti da esporsi, e lo spazio che per essi si richiede.

Nell'aula del Congresso gli intervenuti potranno usufruire di un apparecchio per proiezioni fisse ed animate, di diafanoscopi ecc. Una sala sarà riservata all'esposizione di quadri statistici, disegni, pezzi anatomici, preparati istologici ecc.

L'Amministrazione dell'Istituto Rizzoli mette a disposizione le infermerie per l'accoglimento di quei malati che i Congressisti desiderassero presentare e concede l'uso di ambienti adatti alla dimostrazione di metodi operatori, all'applicazione di apparecchi ecc.

I Soci che desiderino partecipare alla discussione dei temi di relazione o fare comunicazioni, sono pregati di darne notizia alla Segreteria al più presto e *non oltre il 30 agosto p. v.*

I lavori si inizieranno il 19 ottobre alle ore 8,30.

Il 2° Congresso italiano di Radiologia Medica

Si terrà a Genova nell'ottobre prossimo e saranno ammessi ai lavori Medici, Biologi, Fisici, Ingegneri, Tecnici e tutti coloro che si interessano dello sviluppo scientifico e pratico della radiologia medica.

La tassa d'iscrizione al Congresso è fissata in L. 10.

Possono inscriversi al Congresso anche persone della famiglia dei Congressisti come Membri Aderenti, col pagamento della tassa di L. 5. I Membri Aderenti possono intervenire alle sedute senza prender parte alle discussioni ed ai voti; usufruiscono dei ribassi di viaggio e di tutti gli altri vantaggi accordati ai Congressisti.

Dirigersi al Segretario Generale, dottor Giacomo Pesci, Genova - Ospedale Pammatone.

2.° Congresso americano dell'infanzia

Dal 18 al 25 maggio u. s. si è celebrato a Montevideo (Uruguay) il 2.° Congresso Americano del bambino, ripartito nelle seguenti sezioni: Igiene e Assistenza, Sociologia e Legislazione, Medicina, Insegnamento.

Sono state sanzionate importanti conclusioni, il cui testo, pubblicato a cura di quel Ministero della P. I., può ottenersi dagli interessati, richiedendolo alla Segreteria generale (Ateneo).

Lega pro infanzia

Il dott. Carlo Festa ha elaborato il progetto di una « lega pro infanzia ».

L'opera completa si dividerebbe in queste diramazioni: educazione fisica, educazione scolastica, morale, sentimentale e volontà.

Per informazioni rivolgersi al promotore, Via Caprera, 28, Sturla (Genova).

L'ospedale per bambini " Pausilipon „ in Napoli

La funzione dell'Istituto « Per i bambini di Italia » di Napoli dal Prefetto comm. V. Menzinger e dal prof. Tropeano fondato per i bambini profughi infermi, veniva interrotto a fine di giugno, per la restituzione di tutti i bambini alle terre redente e per ovvie ragioni amministrative. Tale funzione è stata ripresa nei primi giorni di agosto, a scopo di accogliere i bambini infermi, tubercolotici e predisposti alla tubercolosi della provincia di Napoli e delle provincie meridionali sotto la nuova testata « Ospedale per bambini Pausilipon ».

La organizzazione di questo Ospedale, per 400 bambini, sorto dalla sventura di Caporetto, sarà in questi anni successivi, dalla sua ordinaria amministrazione, or ora insediatasi sotto la presidenza di S. E. Donna Antonia Nitti, ampliata e perfezionata in modo che Napoli avrà il più grande, il più bello Ospedale infantile d'Italia.

Il prof. Tropeano da componente il governo dell'Ospedale e da componente il Consiglio tecnico continuerà a dare all'opera la sua entusiastica ed illuminata operosità tecnica, egli che all'opera stessa è legato da quegli indissolubili vincoli e dal profondo radicato attaccamento che il lavoro, le lotte, ed i sacrifizi inenarrabili di due anni spiegano perfettamente.

*
**

L'on. principe di Scalea ha consegnato all'on. Presidente del Consiglio, per incarico del signor Giuseppe Mercadante, la somma di un milione, destinata all'ospedale *Pausillipon*, in Napoli, per la prevenzione e la cura della tubercolosi.

Con la detta offerta il signor Mercadante, mosso da elevato e pietoso sentimento, ha voluto onorare la memoria del compianto suo fratello Ignazio, fondatore della Società *Nafra Italiana*, immaturamente scomparso in New York, dove erasi recato nel gennaio scorso per compiere una missione di carattere economico.

Dispensario antitubercolare a Siena

Per opera di uno speciale Comitato antitubercolare si è istituito a Siena un Dispensario, che si propone la ricerca dei casi di tubercolosi e l'accertamento della diagnosi nei casi sospetti, delle condizioni morali, finanziarie, igieniche, di abitazione

del malato e della sua famiglia a mezzo di visite e propaganda domiciliare, la sorveglianza nelle disinfezioni, l'assistenza del malato e della famiglia, l'assistenza dei militari riformati per tubercolosi, la propaganda e la coordinazione di tutte le energie fattive che si prefiggono la protezione della infanzia.

Dispensario gratuito
" Regina Elena „ a Spezia

Questo Dispensario venne fondato dal comm. dott. Luigi Raspolini a sue spese, il 15 settembre 1886. Esso ha lo scopo di assistere i bambini poveri dalla più tenera età ai 15 anni e le donne povere durante l'allattamento, e d'istruire le madri nell'allevamento dei propri figli.

Dalla sua fondazione a tutto il 31 dicembre 1918 i bambini curati ed assistiti furono 36.437 e le donne 4563, e le visite medico-chirurgiche 230,604. La spesa totale di beneficenza (medicinali, medicazioni, sussidi alimentari ecc.) fu di lire 99.034,35 di cui 66.656,35 provennero dalla pubblica e privata carità e 32.378 dal comm. Raspolini quale proprio contributo, oltre di che questo ha dato con zelo ed abnegazione per più di 32 anni l'opera sua gratuita di medico e chirurgo per la cura dei bambini e delle donne ammesse in questo Pio Istituto.

Pro istituti per tubercolotici

Il N. 1031 della raccolta ufficiale delle leggi contiene un D. L. che esenta dalle tasse di bollo e di registro i contratti per donazione, acquisti, costruzione ed arredamento degli Istituti di cura per tubercolotici.

Lega antitubercolare umbra

A Perugia si sono radunati tutti i rappresentanti delle Associazioni Antitubercolari della Provincia per addivenire alla approvazione dello Statuto e alla nomina della giunta esecutiva. Lo scopo che si prefigge la lega è quello di fondare ed estendere le organizzazioni antitubercolari in tutta la provincia, coordinandole e procurandone l'unità di azione.

Per un Tubercolosario agli impiegati

Il Consiglio anti-turbercolare del Sindacato italiano impiegati si è rivolto a tutti gli industriali ed ai privati cittadini per raccogliere un fondo sufficiente alla erezione di un tubercolosario, dove riunire i mutilati dei polmoni, il cui numero aumenta in modo allarmante in mezzo alla classe impiegatizia.

Azione sanitaria sociale nel Trentino

Ebbe luogo a Trento, il 24 giugno, un'adunanza diretta allo scopo di concretare un programma in tal senso; l'azione sarà particolarmente antitubercolotica; si erigerà uno speciale dispensario antitubercolare, al quale verrà pure devoluta l'organizzazione delle cure marine ed elioterapiche.

Profilassi delle malattie veneree

Per tale scopo, a Milano venne intensificata la vigilanza sulle case di meretricio, portando a tre le visite settimanali da parte dei medici fiduciarii; fu pure intensificata la vigilanza delle prostitute clandestine, a mezzo della « Squadra del buon costume »; fu aperto un altro ospedale celtico, di 100 letti, dove le nottambule arrestate vengono sottoposte alla visita e, se ammalate, trattenute fino a guarigione o, per lo meno, fino a quando non presentano manifestazioni in atto; fu pure allestito al pubblico un dispensario celtico.

Ambulatorio medico al Garian

Il 30 giugno si trasferì al Garian il capitano medico Mondini, col personale di truppa necessario per il funzionamento di un ambulatorio. Il movimento si è effettuato a mezzo di un'autocolonna, che è giunta al Garian senza incidenti, accolta con segni di rispetto dai notabili e dalla popolazione.

Una cerimonia
all'Ospedale italiano a Parigi

Si è chiuso a Parigi l'Ospedale di guerra offerto dall'Italia alla Francia, mentre durava ancora la neutralità italiana, organizzato da donna Bice Tittoni. L'ambasciatore conte Bonin Longare ricordò che l'Ospedale venne offerto dall'Italia quando ancora questa era neutrale, come promessa di un imminente intervento. Il sottosegretario di Stato Moulier rispose esaltando la magnifica opera dell'Ospedale, il cui ricordo rimarrà indelebile nel cuore dei francesi.

Dono della Croce Rossa Britannica

La Croce Rossa Britannica ha offerto in dono a Sua Maestà la Regina d'Italia, a Sua A. R. la Duchessa d'Aosta ed alla Croce Rossa Italiana una grande quantità di materiale da medicazione, strumenti chirurgici, vestiario, suppellettili, da distribuirsi ad ospedali e ad istituti di beneficenza.

La Cassa di Risparmio di Milano
per gli invalidi

Sotto la presidenza dell'on. Marcora si è adunata a Milano la Commissione centrale di beneficenza della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde e ha deliberato di concorrere nella sottoscrizione pubblica a favore dell'erigendo Istituto pei grandi invalidi nervosi di guerra in Milano con la somma di lire 100.000.

Operazioni della Cassa Nazionale Infortuni

La Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, con sede centrale in Roma, ha durante il primo quadrimestre del corrente anno — col tramite dei suoi uffici (Compartimenti, Sedi Secondarie ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno — emesso 14.917 nuove polizze assicuranti altri 268.688 operai: ha inoltre ricevuto 23 877 denuncie d'infortunio e pagate L. 6.385.700,66 d'indennità per 26.846 casi d'infortunio di cui 166 di morte e 2.646 di inabilità permanente.

Dati storici sull'organizzazione e sul funzionamento tecnico a logistico del servizio sanitario di guerra.

L'Intendenza Generale dell'Esercito provvede a raccogliere tutti gli elementi storici, tecnici e sta-

tistici necessari per compilare una relazione sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi sanitari mobilitati, nella quale sia messo in luce, con la sistemazione e con la potenzialità dei vari ordinamenti sanitari, il modo come essi hanno corrisposto nei vari periodi della guerra.

Per raggiungere un tale scopo, ha fatto appello all' opera dei Direttori di Sanità d'Armata e di Corpo d'Armata e di tutti gli Ufficiali Medici, i quali hanno avuto speciali funzioni direttive di consulenza clinica, profilattiche, logistiche e terapeutiche, particolarmente nel campo della chirurgia di guerra, dell' epidemiologia e della profilassi delle malattie infettive.

Museo storico scientifico dei servizi sanitari di guerra

E' intendimento del Ministero della guerra di raccogliere tutto il materiale storico e scientifico esistente negli ospedali militari territoriali e della zona di guerra per destinarlo al Museo traumatologico medico-legale ed igienico della Scuola di applicazione di Sanità militare.

Formeranno parte della loro raccolta i preparati anatomici, particolarmente quelli d' interesse traumatologico e balistico, le fotografie delle ferite, le radiografie, i proiettili estratti, i modelli plastici delle ferite, delle mutilazioni traumatiche e di quelle per congelamenti, le fotografie ed i modelli delle mutilazioni chirurgiche, la protesi degli arti e dei mascellari, i documenti clinici di speciale interesse scientifico e storico, le fotografie delle installazioni ospedaliere, dei gabinetti scientifici, dei centri fisioterapici, delle stazioni di pulizia e di contumacia, dei posti di soccorso chirurgico, dei servizi di raccolta e sgombro dei feriti dalla linea di combattimento, i grafici rappresentanti il movimento di afflusso e deflusso degli infermi e l'andamento delle malattie infettive, di quelle a carattere epidemico con particolare riguardo al colera, al tifo, al vaiuolo, alla malaria; le pubblicazioni degli Ufficiali medici su argomenti di chirurgia e di medicina di guerra, la logistica sanitaria e le fotografie del personale sanitario, dei Capi di servizio e di tutte quelle personalità e delle situazioni di ambienti che richiameranno alla memoria tanti episodi memorabili della nostra vita bene spesa al servizio della Patria.

Onoranze al senatore prof. Camillo Golgi

Il 24 giugno u. s. nell'aula magna della R. Università di Pavia furono rese solenni onoranze al grande Maestro con la proclamazione di una borsa di studio, intitolata « Camillo Golgi » a favore di un orfano di medico caduto in guerra. Detta borsa è costituita dal reddito di lire 44.000 ottenuto per sottoscrizione promossa dall'ordine dei Medici della Provincia di Pavia, dalla Facoltà e dagli allievi del prof. Golgi. Aderirono alla cerimonia e si fecero rappresentare S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, S. E. il Presidente del Senato, S. E. il Presidente della Camera dei Deputati, il Presidente del Consiglio superiore della Pubblica Istruzione, il Presidente della R. Accademia dei Lincei, il Direttore generale della Sanità Pubblica, i Rettori di molte Università d' Italia, la Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici, la Presidenza della Società « Dante Alighieri », gli Ordini dei Medici delle Provincie di Bologna, Genova, Milano, molti professori universitari, ecc.

Al festeggiato furono offerte una medaglia d'oro artisticamente coniata ed una pergamena con la nomina a *cittadino onorario* di Pavia.

Porsero un saluto al Senatore Golgi, il Rettore dell' Università di Pavia, il rappresentante del Municipio, il Preside della Facoltà medica, il prof. L. Sala a nome degli Allievi, ricordando l'opera luminosa del Maestro.

A tutti rispose il prof. Golgi il quale, dopo aver rievocato i nomi gloriosi di Salvatore Tommasi, Bartolomeo Panizza, Eusebio Hool, Paolo Mantegazza, Giulio Bizzozzero, che egli ebbe per maestri nella Università di Pavia, prende occasione da un lavoro recentemente pubblicato di uno dei più grandi insegnanti universitari, il quale proclama l'insuccesso, anzi il fallimento dell'Istologia rispetto al progresso degli studi biologici in generale, della medicina in particolare, per difendere la disciplina con tanto entusiasmo professata per molti anni e l'indirizzo di Studî da lui religiosamente seguito.

« La storia del passato — Egli dice — autorizza « la fiducia che nel progresso universale della scienza « e della civiltà il genio Italiano potrà continuare « ad influire attivamente mantenendo le proprie ca- « ratteristiche...... ».

Il prof. Golgi così termina il Suo magnifico discorso:

« Il 5 febbraio del 1876, nell'Anfiteatro anato- « mico della nostra Università, io iniziavo con una « prelezione il regolare corso di Istologia, che poi ho « ininterrottamente continuato. Ho chiuso la prele- « zione a quel corso affermando che sarei rimasto « fedele alla bandiera portante il motto: *Lavoro,* « *indefesso lavoro.*

« A 43 anni di distanza, la calda manifestazione « di cui sono oggetto mi attesta che a quel mio so- « lenne impegno non son venuto meno mai: questo « me lo dice anche la mia coscienza. In quest' ora « di emozione io non posso dimenticare che nella « lunga mia carriera di lavoro sempre sono stato « sorretto e direttamente assistito dalla compagna « della mia vita, alla quale rivolgo ora un intenso « pensiero di riconoscenza.

« Ho fiducia che a quello stesso motto io potrò « mantenermi fedele anche in avvenire...... fino a « quando la mia giornata sia giunta a sera..... de- « finitivamente! »

A. Gasbarrini

Onoranze al prof. Romiti

A Pisa, nel grande anfiteatro anatomico della R. Università, convennero autorità, medici, professori e cittadini di ogni grado, per tributare solenni onoranze al prof. Romiti, in occasione del cinquantesimo anno di laurea.

Parlarono in omaggio all' illustre Maestro, il Rettore prof. Supino, i proff. Fedeli, Queirolo, Salvi, Pardi ed il dott. Collodi a nome dei medici condotti.

Fu scoperto poi un busto in marmo riproducente molto bene l' effigie del festeggiato.

A tutti rispose con commosse parole il prof. Romiti, dichiarando, fra grandi applausi dei presenti, di donare all' Università la sua splendida biblioteca anatomica.

Una medaglia di benemerenza al prof. Tito Gualdi

In occasione del 25° anno di servizio prestato nell' Amministrazione comunale quale capo dell' Uf-

ficio di igiene, si è svolta in Campidoglio nella Sala delle Bandiere una vibrante significativa manifestazione di stima e di affelto in onore del prof. Tito Gualdi. Erano presenti alla cerimonia il Sindaco prof. Apolloni, gli assessori Marchiafava, Pediconi, Staderini e Di Benedetto, il consigliere comunale on. Monti-Guarnieri, il segretario generale comm. Caselli, il cav. uff. Poccioni, capo-sezione presso l'Ufficio di igiene, moltissimi direttori e capi di servizio del Comune, il Corpo sanitario municipale ed una rappresentanza di tutto il personale dipendente dall'Ufficio d'igiene.

Su di un tavolo erano disposte le pergamene e i doni offerti al festeggiato.

Il Sindaco a nome dell'Amministrazione comunale con un elevato affettuoso discorso ha offerto al prof. Gualdi una grande medaglia appositamente coniata. Hanno successivamente parlato, ponendo in rilievo gli alti meriti scientifici dell'egregio sanitario, il prof. Marchiafava ed il prof. Pediconi. A nome di tutto il personale municipale, ha pronunciato parole di felicitazione il segretario generale comm. Caselli e successivamente, per incarico dei sanitari, il prof. Guidi.

Da ultimo ha brevemente parlato il cav. Diotallevi, esprimendo al Gualdi la gratitudine della cittadinanza per l'ininterrotta opera di bene da lui spiegata a difesa dell'incolumità cittadina.

A tutti ha risposto con un elevatissimo discorso il prof. Gualdi, fortemente commosso per tale manifestazione che supera l'opera sua, inspirata all'adempimento del proprio dovere.

Per festeggiare la ricorrenza, a cura del Comitato, vennero anche distribuiti ai bambini ricoverati negli asili municipali, antimalarico e antiturbecolare dolci e cioccolato.

Il Policlinico si compiace con l'egregio prof. Gualdi per il meritato riconoscimento della sua instancabile ed illuminata attività.

Il nuovo Presidente della C. R. I.

Il sen. Frascara, che dal principio della guerra dedicò tutta la sua attività alla Croce Rossa, prima come presidente della Commissione dei prigionieri di guerra e poi come presidente generale dell'Associazione, per ragioni di salute e di famiglia ha rassegnato le sue dimissioni dell'alta carica e, malgrado le più vive insistenze del Governo, le ha irrevocabilmente mantenute.

Il presidente del Consiglio ha dovuto perciò prenderne atto.

Con R. D. è stato nominato presidente generale della Croce Rossa l'on. avv. Giovanni Ciraolo, vice presidente anziano tra quelli in carica, il quale fu collaboratore e consigliere dei tre presidenti generali Taverna, conte della Somaglia, sen. Frascara.

L'on. Ciraolo è ben noto per l'agile forza intellettuale e per l'operosa volontà. Uomo di fede e di azione, di cultura e di pensiero, si è adoperato efficacemente perchè la C. R. I. assumesse sempre più decisamente funzioni di assistenza sociale. Egli ha stimolato ed animato l'istituzione; sono sue le proposte e le relazioni al Consiglio direttivo e alla presidenza sui compiti della Croce Rossa nelle pubbliche calamità e sulla necessità di prepararvisi con adeguate organizzazioni; sue quelle per la partecipazione della Croce Rossa, nella maggior misura possibile, all'aspra battaglia contro la tubercolosi; per l'assistenza sanitaria da estendere fra i contadini e le classi più umili; per la propaganda della igiene fra tutte le classi della popolazione, per l'accrescimento ed il rinnovamento dei mezzi di profilassi antimalarica, anche in regioni dove sinora non è penetrata. Ed è sua l'opera di organizzazione della propaganda pro Croce Rossa, mercè la quale durante gli anni di guerra i soci, da 30.000 che erano, diventarono 300.000.

Alla cerimonia per la trasmissione dei poteri presidenziali intervennero, oltre ai due presidenti, i vice presidenti Stringher e sen. Marchiafava, il direttore generale della C. R. I. prof. Baduel ed altre autorità dell'istituzione. Parlarono il colonnello Baduel e i due presidenti. L'on. Ciraolo ha limpidamente e con fermezza enunciato il programma che oggi s'impone alla C. R. I. per conferirle un più largo respiro e vita più attiva, ed ha fatto valere la necessità di un vigoroso impulso, rispondente alla nuova situazione.

All'insigne uomo, che alla C. R. I. ha dato la sua fede entusiasta, la sua alta competenza, la sua ferma energia, porgiamo il nostro omaggio e le nostre felicitazioni cordiali.

Nel giornalismo medico

L'*Archivio Italiano di Chirurgia*, che sarà diretto dal prof. Mario Donati, ordinario di Clinica chirurgica nella R. Università di Modena, raccoglierà esclusivamente memorie originali di argomento chirurgico, col proposito sopratutto di favorire la diffusione del lavoro scientifico nazionale nel vasto campo della chirurgia, pur offrendo ospitalità alla collaborazione delle scuole estere.

Non uscirà a data fissa, ma in fascicoli di non meno di 100 pagine, che normalmente saranno pubblicati circa due mesi dopo la consegna dei manoscritti.

Oltre alle memorie originali propriamente dette, saranno ammesse anche brevi note intorno a casi rari o particolarmente interessanti; e sarà inoltre pubblicata, alla fine dei fascicoli, una breve Rivista critica dei libri e delle tesi più importanti di argomento chirurgico.

L'*Archivio Italiano di Chirurgia* sarà ricco di nitide incisioni e stampato su carta di gran lusso, in formato 8°. Ogni volume consterà di sei fascicoli.

La pubblicazione sarà edita dal comm. L. Cappelli di Bologna. Abbonamento ad ogni volume di non meno di 600 pagine: Italia L. 45, Estero Frs. 50.

Auguri.

***

È annunziata la imminente pubblicazione di una rivista medica dal titolo *Archivio di Scienze Biologiche*. Ne sarà redattore capo il prof. Filippo Bottazzi e faranno parte del Comitato di redazione i professori: Albertoni, Ciamician, Galeotti, Herlitzka, Levi, Lustig, Marfori, Novi, Ruffini, Sabbatini. Questo *Archivio* si pubblicherà ad intervalli ed a fascicoli di pag. 100 a 150, occupandosi di fisiologia animale e vegetale, chimica fisiologica, chimica fisica applicata alla biologia, farmacologia e patologia sperimentale.

Auguri.

***

Gli *Annali d'Igiene*, la rivista mensile diretta dall'on. prof. G. Sanarelli, che si è così decisamente imposta alla classe medica italiana e che ha acquistato un largo credito anche fuori del nostro paese, ha ora iniziato la pubblicazione di un *supplemento*

intitolato « L'Igiene pratica ». Questo supplemento verrà annesso di tanto in tanto ai fascicoli ordinari.

Il supplemento del fasc. 5° reca i seguenti lavori di vivo interesse pratico: Prof. G. Pecori - L'obbligatorietà della denuncia e delle disinfezioni nelle malattie infettive — G. Sampietro - La diagnosi batteriologica della difterite — A. Scala - Carni refrigerate e congelate.

Auguri di crescente successo.

I professori italiani nelle università estere

Il ministro della P. I. ha sottoposto al Consiglio dei ministri uno schema di decreto-legge per il quale i professori italiani delle università estere che esercitano a titolo pubblico e con effetti legali, possono essere trasferiti a cattedre vacanti nelle università e negli Istituti superiori del Regno. Particolari disposizioni regolano il diritto degli interessati nei riguardi della anzianità, delle promozioni, degli aumenti di stipendio, ecc.

Di tale disposizione ministeriale profitteranno subito alcuni professori nostri connazionali, come il Ducceschi dell' Università di Cordoba ed il Donati dell' Università di S. Paolo, che già da tempo risiedono all'estero per la diffusione della cultura nazionale.

Istituto di Biochimica a Milano

Grazie ad un lascito di 300.000 lire del dottor Rizzi, ex primario dell' Ospedale Maggiore, sarà creato in Milano un Istituto di Biochimica.

Istituto Pasteur ad Atene

Il grande patriota greco Zacharoff ha donato al Governo Greco la somma di mezzo milione per la fondazione di un Istituto Pasteur in Atene.

Questo Istituto sarà eretto con le stesse basi di quello di Parigi.

Il Ministero di Sanità in Inghilterra

Al nuovo dicastero è stato chiamato il dott. Addison, già ministro della Ricostruzione e, al momento della nomina, direttore del Local Government Board (che corrisponde incirca al Ministero dell' Interno).

Gli uffici sono stati costituiti in grande prevalenza riunendo i servizi sanitari che facevano parte del Local Government Board e della National Health Insurance Commission (Istituto Nazionale delle Assicurazioni contro le malattie).

Si è proceduto a molte nuove nomine: sir George Newman è nominato ufficiale sanitario capo; mantiene lo stesso grado anche presso il Board of Education (Ministero della P. I.); sono stati nominati cinque ufficiali sanitari addetti al Ministero.

Sono stati anche istituiti alcuni nuovi uffici per la statistica sanitaria, per l' assistenza ostetrica e ginecologica ecc., e nominati alcuni consulenti per la medicina psicologica (Craig), per le malattie veneree (Harrion) ecc.

La costituzione dei nuovi uffici è ancora in via di elaborazione (dal *Lancet*, 26 luglio 1919).

La morte del **Prof. FRANCESCO FULCI**, avvenuta per malattia acuta, a Catania il 19 luglio 1919, è stata appresa con vivo cordoglio dall' ambiente universitario romano, del quale Egli faceva parte.

Giovane eperoso e intelligente, aveva dedicato tutta la sua attività agli studi. Laureatosi a Roma nel luglio 1907 con una tesi sperimentale sulla etiologia delle « endocarditi tossiche » che gli meritò il premio Girolami, rimase nello stesso Istituto di Anatomia Patologica, nel quale aveva eseguito la tesi, prima come assistente volontario e poco dopo come effettivo fino al 1917, epoca in cui passò alla Clinica medica. I suoi lavori attestano della sua attività e iniziativa di ricerche.

Sono da rammentarsi: quelli sperimentali sulla così detta endocardite tossica e sulla endocardite tubercolare, per le quali giunge a risultati negativi, citati per altro dagli AA. come importanti contributi sull' argomento; le sue osservazioni sull' esistenza di una miocardite parziale acuta parenchimatosa, e di una miocardite acuta primitiva diplococcica della valvola tricuspide, il reperto da lui osservato per il primo di una orchite interstiziale acuta nel reumatismo articolare, quello di una alterazione del rene in un sifilitico, che egli ha ravvicinato a quella del fegato, proponendo per essa il termine di « rene lobato sifilitico ».

Notevole anche lo studio sulla leptomeningoencefalite acuta emorragica nell' infezione carbonchiosa nell' uomo.

Altri contributi ha portato allo studio delle neoplasie epiteliali del fegato associate a cirrosi, a quello delle metaplasie epiteliali e dei sarcomi della vescica orinaria; dei colesteatomi; delle invaginazioni intestinali; delle modificazioni dei vasi arteriosi nelle nefriti croniche; della tubercolosi primitiva degli organi emotopoietici, e delle sierosi nei vecchi. Volle tentare anche lo studio dei costituenti chimici dei tumori, dando un contributo originale.

Ma l'opera alla quale aveva dedicato ultimamente la sua attività, con passione di studioso, era quella di ricerche, molteplici e coordinate, sulla intera biologia della ghiadola timica; opera della quale rese già di pubblica ragione saggi notevoli, tra i quali soltanto citerò quelli sui trapianti del timo, sulla capacità di reintegrazione che ha quest'organo nei mammiferi dopo la gravidanza, e quelli sulla rigenerazione del timo in generale: nello studio di questo fenomeno, perseguito con l'indagine sperimentale, il Fulci si ripromett eva di seguire una nuova via per la risoluzione di assai dibattute e intricate questioni di morfogenesi e per la determinazione della natura stessa di questa ghiandola singolare. Ma la guerra aveva bruscamente interrotto il suo lavoro, ed ora la morte di Lui l' ha per sempre troncato!

Un sentimento di recare omaggio alla sua memoria, e il desiderio che non vada perduto agli studi il risultato di un lavoro per più anni diuturno, e, certo, oggi maturo, fanno formulare un voto — e mi è grato l' incarico di esprimerlo a nome del professore Marchiafava che lo ebbe per lungo tempo allievo apprezzato nella Cattedra di Anatomia patologica nell' Università di Roma, — che quei risultati siano raccolti e pubblicati per opera di amici e studiosi.

Giovane ancora, Francesco Fulci aveva percorso una brillante carriera scientifica. Primo nella classifica di vari premi di studio da lui vinti (Corsi,

Girolami, premio all'Interno e all'Estero), ebbe per titoli la libera docenza, frequentò gli Istituti di Alzheimer e di Aschoff. Compì come capitano medico di complemento il suo dovere verso la Patria.

All'affetto dei congiunti noi dell'Istituto ci permettiamo di unire la nostra partecipazione di cordoglio, con il più vivo e mesto rimpianto per la dipartita.

GAETANO BOMPIANI

Di paralisi cardiaca è morto improvvisamente in Roma il **Dott. Prof. GIULIO MARCHESI.**

Di Lui così ha scritto il sen. Marchiafava:

Educato nella clinica di Guido Baccelli, che lo stimava e l'amava, conseguì il grado di medico primario negli Ospedali di Roma. Libero docente di patologia speciale medica, i suoi corsi di vera e sana pratica medica erano frequentati con interesse e con profitto dagli studenti e dai giovani medici. Durante gli anni di guerra fu chiamato alla direzione dell'Ospedale Regina Margherita che egli diresse con tanta sapienza ed abilità da meritare la promozione « per merito eccezionale » a tenente colonnello.

Giulio Marchesi era un medico di valore indiscusso acquistato nella lunga, assidua, diligente, penetrante osservazione degli ammalati nella pratica ospidaliera; un uomo di carattere elevato, di sincera ed eletta bontà, pronto in ogni tempo e per tutti all'adempimento del suo dovere, come dimostrò fino all'ultima ora della sua nobile vita.

Quante famiglie, delle quali egli era il medico, l'amico, che gli erano fedeli da lunghi anni nella più completa ed affettuosa fiducia, ora ne piangono la scomparsa repentina!

Il largo rimpianto, promessa di fedeltà alla memoria del collega ed amico, sia di conforto alla dilettissima figliuola, appena decenne, nella quale egli aveva posto tutto il suo affetto!

Imponentissimi riuscirono i funerali. Parlarono: il comm. Lusignoli, per gli Ospedali, ricordando con eloquenza inspirata e commossa l'opera dell'estinto e additandola come fulgido esempio ai giovani medici; l'ass. prof. Pediconi per il Comune di Roma; il presidente dell'Economato degli Ospedali; il presidente della Lega infermieri. Ringraziò per la famiglia il comm. Valentino Leonardi.

Il giorno 21 agosto nella giovane età di 36 anni per fulminea malattia contratta in servizio cessava di vivere il **Dott. ENRICO PAPAROZZI** già assistente degli Ospedali di Roma, medico dell'Agro e attualmente capitano medico nell'Ospedale Regina Margherita.

Aveva passato quattro interi anni al fronte. Egli appartiene a quella schiera gloriosa di sanitari che furono due volte soldati: come nella battaglia tenace e nel silenzioso rischio di mortali epidemie, così nel comune pericolo della lotta cruenta contro il nemico.

Il supremo elogio che, purissimo fiore, deponiamo sul suo sepolcro, non è figura del nostro pensiero, esso gli appartiene intieramente, è la sua stessa opera militare e civile, orgoglio della nostra classe e ideale suggello d'una nobile vita.

« Durante un violento bombardamento chiamato a prestare le cure mediche ad un ufficiale gravemente ferito, dava bell'esempio di nobile altruismo accorrendo con slancio ed incurante del pericolo, sul luogo dove l'ufficiale agonizzava. » (Andraz 8 agosto 1915 Boll. Uff. Min. Guerra 11-4-16 n. 32).

Inchiniamoci reverenti alla memoria del collega generoso. Alla famiglia desolata vada l'espressione profonda del nostro cordoglio.

N. I.

Indice alfabetico per materie

AVVERTENZA. — Per un materiale errore tipografico nella numerazione di alcune pagine di questo fascicolo si è scambiato il N. 4 col N. 9, cosicchè invece di leggere 401, 402, 403 ecc., deve leggersi 901, 902, 903, ecc.

Arezzo, 1919 — Tip. Ettore Sinatti

L. Pozzi, *resp.*

Anno XXVI *Roma, 3 agosto 1919* **Fasc. 31**

(Pubblicato il 15 settembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE DI TECNICA.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. S. GIOVANNINI.

Le iniezioni di arsenobenzoli sulla fascia lata

per il dott. TROSSARELLO MARIO, assistente.

La questione sul modo di introduzione nell'organismo del 606 di Ehrlich, dibattutasi nei primi tempi, fu risolta nel senso che la via di elezione dovesse essere la endovenosa. Le vie sottocutanea, intramuscolare, gastrica e rettale ebbero numerosi sperimentatori, ma furono scartate; le prime per i forti dolori e la frequenza di necrosi locale che provocavano, le altre per la debole o nessuna attività che il rimedio così introdotto dimostrava sulla treponemosi. La comparsa del 914, meno irritante per i tessuti, fece riprendere i tentativi di iniezione intramuscolare e sottocutanea. Wechselmann studiò a fondo l'applicazione del nuovo rimedio per queste vie, fissandosi sull'iniezione sottocutanea e poco dopo Truffi, in una seduta della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, riferiva circa tentativi da lui fatti di iniezioni sottocutanee di Neosalvarsan col metodo di Wechselmann, concludendo che questo gli era parso il più pra-

tico fin'allora suggerito e di azione generale intensa, pur facendo le sue riserve circa la mancanza di dolorabilità che l'autore tedesco aveva lasciato intravedere.

Questi, insieme ad Eicke, ritornò sull'argomendo esponendo i risultati di 7000 iniezioni: tollerabilità perfetta, facile assorbimento ed azione pronta erano le loro conclusioni. Nel sostenere la maggior efficacia delle iniezioni sottocutanee rispetto a quelle intramuscolari, Wichselmann si basò sul fatto che nel tessuto muscolare, al contrario che nel cellulare sottocutaneo, mancando i capillari linfatici, l'assorbimento si fa unicamente per mezzo dei capillari sanguigni con conseguente maggior lentezza e quindi più prolungata azione della sostanza iniettata. Egli notò inoltre, a seconda delle regioni in cui praticava le iniezioni, notevoli differenze nella capacità e rapidità di assorbimento, ed indicò quale regione di elezione quella della fascia lata, e, più precisamente, la parte in prossimità della regione trocanterica.

Per evitare la possibile formazione di infiltrati dolorosi modificò il primitivo metodo, riducendo la quantità da tre cmc. a mezzo cmc. di soluzione fisiologica al 0.7 % per qualunque dose di rimedio.

Per la buona riuscita dell'operazione, che deve essere fatta con accurata asepsi, è necessario che il rimedio venga esattamente depositato sulla fascia lata e, a questo scopo, Wichselmann consigliò la seguente tecnica: s'introduce obliquamente l'ago nel tessuto e lo si porta in contatto della fascia; si ha l'impressione di essere in sito dalla libera mobilità che acquista la punta dell'ago e dalla sensazione di raspa che si prova spostandolo lateralmente sulla fascia stessa. Si innesta quindi la siringa e si inietta una piccola quantità (mezzo cmc.) di soluzione fisiologica sterile, la quale deve rigurgitare dall'ago; quando ciò non si verifica, non si è esattamente sopra la fascia ed allora si ricorre al seguente artificio: si prova a girare parecchie volte l'ago attorno al suo asse e, se non si è in sito, le trabecole connettivali si avviluppano attorno all'ago stesso per modo che si ha una discreta resistenza alla torsione che si fa apparente anche alla superficie della pelle. Cessando a questo punto di torcere e spingendo l'ago un po' più profondamente si raggiunge il luogo esatto; soltanto allora si può iniettare la soluzione del rimedio.

Coll'osservanza di tutte queste cautele Wichselmann ed Eicke poterono avere nel 93 % dei casi assenza assoluta di disturbi locali anche con dosi elevate di rimedio, riuscendo in una stessa paziente a praticare 20 iniezioni sottocutanee di Neosalvarsan a dosi diverse; anche in quelle poche iniezioni che furono seguite da violenti dolori dovettero constatare degli errori di tecnica.

Conscio delle difficoltà che talvolta si incontrano nelle iniezioni endovenose di Neosalvarsan, difficoltà dipendenti non raramente dalla piccolezza dei vasi o dall'abbondante tessuto adiposo che in certi soggetti impedisce di aggredire liberamente la vena, credetti opportuno studiare il metodo delle iniezioni epifasciali ed iniziai nel 1914, in clinica, le prime esperienze, che poi dovetti abbandonare per chiamata alle armi.

Come prova preliminare ed allo scopo di saggiare la rapidità di assorbimento del rimedio così somministrato e le eventuali alterazioni dei tessuti, furono iniettati ad un coniglio, seguendo scrupolosamente la tecnica indicata, ctg. 10 di Neosalvarsan disciolti in mezzo cmc. di soluzione fisiologica. Dopo tre giorni, durante i quali nessun fenomeno degno di nota attrasse l'attenzione, si sacrificò l'animale ed in corrispondenza del punto dell'iniezione non si constatò altro che un leggero ispessimento della fascia lata, la quale aveva assunto una colorazione grigiastra, mentre la parte più profonda del cellulare sottocutaneo appariva leggermente colorata in giallo, ma senza alterazioni macroscopiche.

Si passò allora all'applicazione del metodo ai malati e 30 sifilitici tra uomini e donne, dei quali 8 primari, 13 secondari, 9 terziari, tutti con lesioni in atto, furono trattati complessivamente con un centinaio di iniezioni praticate sulla faccia antero-esterna del terzo medio o del terzo superiore delle coscie. Si usò ora il Neosalvarsan, ora il Novoarsenobenzolo ed in due casi anche il Disodo-Luargol; le iniezioni furono fatte con comuni aghi da calomelano, ad intervalli di 5-6 giorni l'una dall'altra, incominciando generalmente con ctg. 30 ed arrivando gradatamente talvolta a ctg. 75, disciolti sempre in mezzo cmc. di soluzione fisiologica o di acqua distillata. Si praticarono a ciascun paziente tre iniezioni in media, raggiungendo in due di essi cinque dosi progressive (da ctg. 15 a ctg 75).

Nel 60 % dei casi le iniezioni furono indolori o quasi, nel 25 % si ebbero reazioni di media intensità e nel 15 per cento reazioni forti. Queste ultime produssero una larga chiazza rossa, profondamente infiltrata, dura, dolente al tatto e nei movimenti dell'arto, che s'iniziò poche ore

dopo l'iniezione e durò in certi casi una diecina di giorni ed anche più. Ciò fu causato dall'aver io voluto tentare una semplificazione del metodo originale omettendo l'iniezione preliminare di acqua, per cui il rimedio invece di raggiungere esattamente la fascia lata fu iniettato fra le maglie del cellulare sottocutaneo. Fu un caso in cui, durante l'iniezione, l'ago attraversò la fascia raggiungendo la massa muscolare sottostante; il malato accusò subito violento dolore, che perdurò alcuni giorni estendendosi a tutto l'arto ed accompagnandosi a molesto senso di tensione.

Le reazioni di media intensità talvolta dipesero da piccoli errori di tecnica verificatisi all'inizio delle esperienze, ma in gran parte furono osservate in malati affetti da manifestazioni terziarie, anche quando l'iniezione era perfettamente riuscita: in questi casi ebbi l'impressione di trovarmi dinanzi a fatti di ipersensibilità cutanea, quali frequentemente si osservano nei vecchi luetici. La reazione fu caratterizzata da violento bruciore che s'iniziava poco dopo l'iniezione e che durava per qualche ora attenuandosi quindi gradatamente; la cute si arrossava e si formava una discreta infiltrazione dei tessuti sottostanti che durava qualche giorno, pur permettendo al malato di camminare.

Mai furono osservate suppurazioni o necrosi nelle parti iniettate.

Nelle iniezioni ben riuscite, anche con dosi di ctg. 60 e 75 di rimedio, i malati non accusarono localmente disturbi speciali, non presentarono infiltrazioni di sorta e molti di essi non si misero neppure a letto. Rilevai però che se il Novoarsenobenzolo il più delle volte fu assolutamente indoloro, il Neosalvarsan causò quasi sempre un senso di bruciore paragonabile a quello di un'iniezione di sublimato e della durata massima di un paio d'ore; più doloroso è parso il Disodo-Luargol. Non si riscontrarono differenze apprezzabili usando come solvente la soluzione fisiologica al 0.7 % o l'acqua distillata, come pure si potè rilevare che la parte della coscia (e più precisamente i pressi della regione trocanterica, come consigliò Wechselmann) e la regione media si prestano ugualmente bene per l'iniezione. I fenomeni generali, come febbre, cefalea, ecc., che non di rado seguono alle iniezioni endoveneose, furono sempre molto lievi: si ebbero in qualche caso leggiere elevazioni di temperatura (38°-38°,5) della durata di poche ore, quasi sempre dopo la prima iniezione oppure dopo forti reazioni locali. Rare le reazioni di Herxheimer: esse si osservarono sempre in malati vergini di cura, ma furono meno pronte e meno intense di quelle che abitualmente susseguono alle iniezioni endovenose. Fece eccezione un malato con sifiloderma papuloso al tronco ed irite specifica, al quale erano già state praticate tre iniezioni intramuscolari di gr. 0.05 di salicilato di mercurio che qualche ora dopo una iniezione epifasciale di gr. 0.20 di Disodo-Luargol presentò intensa riacutizzazione delle lesioni, durata due giorni. In nessun caso si osservarono disturbi degli apparati digerente e renale.

Rapido si dimostrò il miglioramento delle lesioni specifiche ed a questo proposito ricorderò il caso di un soldato affetto da sifilide secondaria, curato con questo metodo durante il mio servizio all'ospedale dermoceltico della IIª Armata.

L'ammalato presentava vaste lesioni ulcerose alla gola con distruzione del velopendolo, ugola, pilastri anteriori e parete posteriore del faringe; curato con iniezioni intramuscolari di calomelano e con medicazioni locali, non accennò a miglioramento: le lesioni progredirono complicandosi con emorragie faringee e, data la disfagia completa, aumentò in modo impressionante lo stato di cachessia. Risultando impossibile l'iniezione endovenosa, iniettai sulla fascia lata della coscia destra ctg. 15 di Novoarsenobenzolo e, dopo tre giorni, ctg. 20. Il miglioramento già visibile dopo la prima iniezione si accentuò dopo la seconda; le lesioni si ripulirono in breve, scomparve la febbre, migliorò rapidamente lo stato generale. Dopo otto giorni iniettai ctg. 30 sempre sullo stesso arto e senza disturbi locali; le lesioni cicatrizzarono completamente dopo una settimana. Nessun dubbio quindi sulla facilità di assorbimento e sull'efficacia del rimedio così somministrato.

Dal complesso di queste prove risulta che le iniezioni epifasciali di arsenobenzoli meritano di entrare nella pratica corrente e sostituire quelle intramuscolari troppo dolorose. Esse trovano la giusta indicazione quando non sia possibile praticare iniezioni endovenose per le sfavorevoli condizioni anatomiche della parte (individui adiposi, donne, bambini) o quando si vogliono evitare intense reazioni di Herxheimer specialmente in casi di affezioni del sistema nervoso. Occorre però notare che la tecnica dell'iniezione non è delle più facili ed è necessario seguire scrupolosamente tutte le norme dettate da Wechselmann se non si vogliono avere spiacevoli inconvenienti locali.

BIBLIOGRAFIA.

WECHSELMANN. *Ueber tausend subkutane Neosalvarsaninjektionen.* « Münch. medizin. Wochen. », 1913, n. 24.

TRUFFI. *Gli arsenobenzoli nella terapia della sifilide.* « Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle », 1914, pag. 12.

WECHSELMANN und EICKE. *Zur Technik und Wir-*

WECHSELMANN und EICKE. *Zur Technik und Wirkung subkutane Neosalvarsaninjektionen.*

DIVAGAZIONI SCIENTIFICHE.

STAZIONE SANITARIA MARITTIMA DI COTRONE.

Afanozoi e scopobi

per il prof. R. CIAURI, ten. col. med. direttore.

I.

Il problema dei virus filtrabili, grazie all'attuale discussione sull'influenza, si è recentemente arricchito di una nuova incognita. Questo nuovo salto indietro, come verso il vecchio mistero del miasma, distrae la nostra agnostica attitudine psichica dalla sua quiete ordinaria, e, per dar forma all'incognito, ci spinge ad anelare sempre più all'avvento dei raggi X della microscopia; e, pertanto, la teoria dei virus filtrabili non sembra avere se non carattere di transitorietà fino a quando non si potrà oltrepassare il noto o valutare meglio ciò che oggi con troppa fretta si menoma o distrugge.

In attesa di un'eventuale conciliazione tra i fatti vecchi e le ipotesi nuove, sarebbe utile un inventario critico delle nostre conoscenze, onde vedere se non sia possibile giungere, almeno in linea provvisoria, a conclusioni provvide se non altro per i loro riflessi sulla diagnosi e sulla profilassi, che sono i punti più pratici della patologia delle infezioni.

Vedremo come in tutte le infezioni da virus filtrabili le conclusioni siano talvolta estremamente contraddittorie; poichè, in condizioni uguali, i risultati sovente sono diametralmente opposti, e nel medesimo campo del filtrabilismo è sensibile la tendenza a dar forma concreta ai virus. Ciò risponde invero alla trama empirica della nostra intelligenza, che, nelle scienze sperimentali, si rivolge con maggior lena più al mondo sensibile che al mondo noumenico dei fatti. In questo senso alcuni filtrabilisti, attratti dalla tirannia dell'invisibile e tenendo in dispregio tutto ciò che è sensibile, appaiono come quei prigionieri della repubblica platonica che non vedevano se non l'ombra delle cose.

Mi si consenta quindi di passare in rapida rassegna il materiale di conoscenza su alcune malattie, che, oggi, sino a nuovo ordine, giustificano l'esistenza del vasto capitolo delle infezioni da virus filtrabili.

È filtrabile il virus della *peste bovina* (Nicolle ed Adil bey, Memmo, Martoglio ed Adani), e forse rappresentato da corpicciuoli minutissimi al limite della visibilità (Memmo, Martoglio ed Adani).

Nella *peste aviaria*, di fronte ai risultati positivi sulla filtrabilità (Centanni, Lode, Ostertag, Maggiora, ecc.), stanno il germe del colera dei polli (Perroncito), un germe polimorfo (Belfanti), un clamidozoo (Klein, Schiffmann, Prowaczec, Ottolenghi, ecc.).

Filtra bene il virus del *vaiuolo ovino* (Borrel), che è forse contenuto nelle inclusioni protoplasmatiche delle cellule epiteliali e nel sangue (Bosc), o rappresentato da granulazioni nelle *cellule claveleuses* (Borrel).

Negative sono riescite le prove di filtrabilità nel *mixoma del coniglio* (Sanarelli, Biffi, Splendore).

Le emulsioni di fegato, milza, midollo osseo di polli, malati di *leucemia*, conterrebbero un virus filtrabile (Ellermann e Bang), mentre si sarebbe riprodotta la malattia con poltiglia di fegato normale (Schridde e Buckardt), e si sarebbe descritto un protozoo nel midollo osseo di polli infetti (Yukata Kon, Ellermann e Bang, Hirschfeld e Jacoby).

Filtrabile sarebbe il virus della *stomatite papulosa contagiosa dei bovini* (Ostertag e Bugge), mentre non lo è per altri (Pusch).

Sarebbe filtrabile il virus della *pleuro-polmonite essudativa dei bovini* e rappresentato da cocchi piccolissimi, coltivabili (Nocard, Roux,), mentre, di recente, si sarebbe descritto uno spirochete (Bordet).

Il virus del *cimurro dei cani*, filtrabile per Carrè e Lignières, sarebbe rappresentato invece da un batterio bipolare (Lignierès), o da corpi simili a quelli di Negri localizzati pure nella sostanza nervosa (Lentz, Senigallia, Maya, Babes, Starcowicz).

Di natura filtrabile sarebbe per molti autori il virus dell'*afta epizootica*, mentre è lunghissima la lista dei germi descritti; basti accennare ai recenti reperti del *citoryctes* nel sangue (Siegel e Nicolaus) ed ai corpuscoli del siero visibili al paraboloide (Betegh).

Non più concordanti sono le conclusioni intorno alla causa di alcune malattie umane da virus filtrabili.

Di contro ai risultati positivi nel *tracoma* (Baiardi Bertarelli e Cecchetto, Nicolle, Guenod e Blaisot), stanno quelli negativi di Roemer ed Hass; tra i

germi descritti sono da considerare i clamidozoi nelle cellule congiuntivali (Halbstaedter e Prowaczec), le quali però, all' infuori del tracoma, sono state rinvenute nelle più svariate forme di congiuntiviti (Heimann, Bietti, Lodato, Zur Nedden, Addario, ecc.), nelle uretriti (Lindner, Castellani), nella peste suina (Uhlenhut).

La filtrabilità del virus della *rabbia*, affermata da Di Vestea, Remlinger, Bertarelli e Volpino, Celli e De Blasi, ecc., sarebbe dovuta ai corpi descritti da Negri, che sarebbero dei clamidozoi nel senso di Prowaczec; e Negri ammette pure la filtrabilità supponendo che i suoi parassiti diano origine a spore minutissime filtrabili.

Per il *vaiuolo* ed il *vaccino* il segreto della filtrabilità del virus (Siegel, Casagrandi, Negri, ecc.) sarebbe contenuto, secondo Prowaczec, Paschen, Volpino, Casagrandi, ecc., in corpuscoli minutissimi filtrabili, i quali non sarebbero forse che il costituente elementare del citoryctes di Guarnieri.

Sembra ancora prematuro, di fronte ai risultati positivi in rapporto alla filtrabilità ottenuti dalle commissioni americana e francese, togliere qualsiasi importanza al bacillo itteroide del Sanarelli nella *febbre gialla*.

Da virus filtrabili si farebbero dipendere la *febbre da pappataci, la febbre delle trincee, il dengue* (Taussig, Franz e Doerr, Tedeschi e Napolitani, Ashburn, Craig, Graham, ecc.), della *poliomielite anteriore acuta* (Landesteiner, Popper, Roemer, Flexner e Lewis, Wiesner, Levaditi, ecc.).

Accanto ai bacilli emofili (Pfeiffer, Paltauf, Pacchioni e Francioni, Hlava, ecc.) nel *morbillo*, esistono esperienze positive sulla filtrabilità (Anderson e Goldberger, ecc.); e, nella *scarlattina*, di di fronte alle positive conclusioni sullo streptococco di Loeffler, stanno altri risultati positivi nel senso della filtrabilità (Bernardt).

Nel *tifo esantematico*, le esperienze positive di Nicolle e di altri trovano di contro i flagellati di Calmette e Lewaschen, gli apiosomi di Gotschlich, il bacillo bipolare di Rickets e Wilder, il leucocitozoo di Nicolle, e di recente, in un proteo, per lo meno un mezzo di identificazione della malattia.

Ora, a parte l'influenza che nelle conclusioni può esercitare la equazione personale, i risultati, non sempre concordanti nel senso della filtrabilità, debbono forse dipendere dalle varie condizioni delle esperienze; poichè è nota l'importanza che esercitano sulla filtrabilità le varie candele, lo stato colloidale delle materie, la via d'inoculazione dei filtrati, e, sovratutto, l'origine delle materie da filtrare. Non tutti i materiali morbosi dell'uomo e dell'animale in istato d'infezione sono virulenti o lo sono in grado differente nei vari tempi dell'infezione. Sono stati poi rilevati dei fatti che sembrano paradossali: dei prodotti morbosi, filtrati a traverso tipi differenti di candele, riescono in un caso infettanti e nell'altro immunizzanti; dei filtrati di liquidi riescono infettanti mentre certe cellule riescono immunizzanti.

Non più concordanti sono le conclusioni per i reperti parassitari; poichè, mentre in certe infezioni non viene descritto alcun germe, in altre invece se ne descrivono tanti da giustificare la supposizione che essi nel meccanismo dell'infezione concorrano in via affatto secondaria od, al più, a titolo di mutualismo più o meno obbligatorio. Non si posseggono in verità argomenti che permettono di fare ammettere od escludere alcuna di codeste supposizioni.

Dall'esame delle conclusioni più recenti appare un indirizzo verso conclusioni più concilianti: da una parte è spiccata la tendenza a ricercare i germi nel corpo cellulare (peste aviaria, cimurro dei cani, afta epizootica, tracoma, rabbia, vaiuolo umano, vaccino); d'altro canto, e ciò sembra adattarsi a completare il concetto di filtrabilità, ogni giorno aumenta più il numero delle malattie, negli umori o nelle cellule delle quali si rinvengono corpuscoli minutissimi (peste bovina, pleuro-polmonite dei bovini, afta epizootica, vaiuolo ovino, epitelioma degli uccelli, mollusco contagioso, vaiuolo umano, vaccino, tifo esantematico).

Si è colpiti dalla somiglianza che hanno queste formazioni endo- ed extra-cellulari: le prime, che possono rientrare nel gruppo ancora incerto dei *clamidozoi* di Prowaczec, appaiono nella loro parte fondamentale (la clamide essendo forse un prodotto di reazione cellulare), affatto simili alle seconde formazioni cocciformi ai limiti della visibilità.

Codesti risultati rappresentano certamente un buon passo avanti nella conoscenza delle cause delle infezioni, poichè affrontano lo studio dell'*habitat* elettivo del virus; ma essi non gettano ancora alcuna luce sulla natura di tali forme che hanno tra loro così grande analogia morfologica.

II

Ho lasciato finora da parte un gruppo di malattie che appassionano fortemente l'opinione scientifica, poichè per la parentela dei fenomeni clinici ed anatomo-patologici, per la coincidenza dei reperti parassitari e forse ancora per certi criteri epidemiologici si prestano ad importanti considerazioni.

Questo gruppo comprende la peste e la setticemia emorragica dei suini, l'influenza equina e l'influenza umana, sulla parentela delle quali, per il primo richiamai l'attenzione nel settembre del 1918 (1).

Un gruppo di affezioni che colpiscono i suini è costituito dalla cosidetta *peste suina* od *hog-colera*

(1) « Il Policlinico », n. 39, 29 settembre 1918.

e dalla *setticemia emorragica dei suini* o *Schweinenseuche* degli autori tedeschi. Date le grandi analogie cliniche che esistono tra l'una e l'altra forma morbosa, sembra veramente insufficiente, a parte il criterio della filtrabilità del virus, il criterio differenziale stabilito sul fatto che la prima è una vera e propria epizoozia, mentre la seconda è un'infezione sporadica enzootica.

Entrambe le malattie presentano punti di contatto nelle determinazioni pleuro-polmonari. La divergenza clinica ed anatomo-patologica comincerebbe quando si considerino le ulcerazioni difteriche intestinali, che costituirebbero la specificità clinica dello *hog-colera*. Si è ritenuto che per quest'ultima affezione l'agente sia il virus filtrabile (Schweinitz, Dorset, Bolton, Mac Bryde, Boxmeyer, Hutyra, Ostertag, Uhlenhut, Carrè, Leclanche e Vallèe, Ottolenghi, Gardenghi, Theiler, ecc.); ma esperienze negative si sono avute da Glasser, Basset, Damman, Cosco e Stazzi e da altri.

In opposizione alla ipotesi dei virus filtrabili stanno i reperti dei bipolari, *bac. suisepticus* di Kruse e *bac. suipestifer* di Salmon e Smith.

Per Glasser l'ingestione del *suipestifer* riproduce nei suini alterazioni eguali a quelli della peste; ed il Loureus credette di riscontrare nel corpo di tale bacillo, speciali granulazioni che filtrano e riproducono il bacillo nelle culture dei filtrati.

Gli studi sul bac. suisettico sono pure essi concludenti; poichè con le culture pure, virulente, si è riprodotta nei volatili una infezione simile, e, nel cavallo, per ripetute iniezioni endovenose si è provocata un'epatite interstiziale.

È ancora grande il dibattito intorno alla natura dell'agente dell'*influenza del cavallo*, le cui analogie cliniche ed anatomo-patologiche con l'influenza umana sono degne di attenzione.

Già Lustig (1888), descriveva un germe ovoide isolato dal succo pulmonare, dall'essudato pleurico, dal sangue, dall'urina dei cavalli influenzati; più tardi Lignières (1897) descriveva una pasteurella che per molti riguardi si avvicina all'antecedente.

L'opinione che l'influenza equina sia sostenuta da tale germe è oggi ancora condivisa da molti patologi. Ma vi è di contro una schiera di autori che sostengono che il virus filtrabile, ammesso da Basset nel 1911, sia il vero agente della malattia. Però, accanto ai risultati positivi di Bemelmans, Finzi, esistono più numerosi risultati negativi di Ostertag, Bourget, Wolffhügel, Grobert, Friedberger, Arloing.

Molto appassiona oggi il problema dell'*influenza umana*. La discussione si svolge in due campi differenti: da una parte stanno gli autori che attribuiscono la malattia ad un germe morfologicamente definito; dall'altra, che costituisce il nuovo indirizzo, stanno quelli che sostengono che essa sia dovuta ad un virus filtrabile.

Le esperienze in quest'ultimo campo sono finora scarse ed i risultati contradditori; poichè, mentre alcuni sono d'accordo che i filtrati di sangue danno risultati negativi (Nicolle e Lebailly, Micheli e Satta), Dujarric de la Rivière sarebbe riuscito a riprodurre su sè stesso una mite influenza iniettandosi sotto cute cmc. 4 di filtrato di sangue attraverso Chamberland L3; poichè ancora, mentre Selter, Nicolle e Lebailly, Zraeme, Gibson-Bowmann e Connor sarebbero riusciti con filtrati di secreto naso-faringeo o di espettorato di influenzati, iniettati sotto mucosa, sotto cute o instillati sulle mucose, a riprodurre la malattia nell'uomo e nelle scimmie, che per altro si sono mostrate refrattarie all'infezione se i filtrati venivano inoculati nelle vene, di recente Moreschi, nelle identiche condizioni di esperimento, usando le Chamberland B ed F e le Berkefeld, avrebbe ottenuto risultati completamente negativi sia con i filtrati di siero di sangue che con quelli di espettorato di malati d'influenza. E per tanto, data la precedente divergenza di conclusioni, il campo resta aperto alla discussione sulla filtrabilità del virus influenzale; ma appunto perciò sembra affrettata l'affermazione che i batteri, finora riscontrati, rappresentino semplicemente, ed al più, un fenomeno accessorio nel quadro della malattia.

Ma nemmeno in questo senso è intervenuto ancora l'accordo.

Il bacillo di Pfeiffer, per la sua lunga vita, pesa ancora troppo nella storia dell'influenza e suscita le più vive discussioni. Poichè, mentre in certe regioni ed in alcuni periodi epidemici esso è stato tanto raro da farne dubitare l'esistenza, altrove e in altri tempi, fu riscontrato nell'80 % e perfino nel 100 % dei casi accompagnati da catarro delle vie respiratorie; nè è mancato qualche reperto positivo del bacillo nelle emoculture (Orticoni, Barbier, Lecler, Netter, Blanton e Irons, Peter e Cookson, Bertarelli e Marchelli), nel liquido cefalo-rachidico, nell'urina (Dujarric de la Rivière).

Forse, per la sua natura saprofitica, esso è un bacillo ubiquitario; lo si è rinvenuto difatti nelle più svariate affezioni, senza potere essere altrimenti identificabile con altro mezzo biologico all'infuori della sua emofilia culturale. Le sue analogie morfologiche e biologiche con i batteri influenza-simili (bacilli descritti dallo stesso Pfeiffer, Grossberger, Bruschettini, Delius e Kolle, nella cosidetta pseudo-influenza; bacilli descritti da Eppendorf, Czaplewski ed Hensel, Luzzatto, Elmassian, ecc.; bacilli descritti nelle congiuntiviti da Koch e Weeks, Mueller, Zur Nedden, Jundell) fanno però pensare che questo gruppo del bacillo di

Pfeiffer debba avere qualche importanza in patologia.

È interessante, nello studio di quest'ultimi germi pseudo-influenzali, la constatazione di caratteri (facilità di sviluppo nei comuni terreni di coltura, analogia morfologica cogli avisettici) che stabiliscono come un tratto di unione con altri gruppi di germi ai quali, per molteplice consenso, si attribuiscono alcune malattie della famiglia delle setticemie emorragiche degli animali.

Sorvolando sul valore dei pneumococchi, stafilococchi, streptococchi ecc., riscontrati da varî autori, e che non sembrano assurgere a primaria importanza etiologica, accenneremo appena al metatetrageno di Saccone ed allo streptococco pandemico di Segale.

Non abbiamo esperienza su questi ultimi germi che noi non siamo riusciti mai a riscontrare in numerose osservazioni; solo una volta ci è riuscito di isolare dal sangue, allo stato di purezza, una forma di streptococco che aveva la speciale caratteristica di presentare ad uno degli estremi della lunga catena, una clava lunga 4 μ e larga, nel suo punto più ampio, circa 0.6 μ; talvolta si rinvenivano delle clave disposte radialmente come nell'*actinomices*.

Nessuna volta nelle numerose ricerche del bacillo di Pfeiffer nell'espettorato, nel sangue e nel pus di ascessi pleurali, io ed Ignaccolo, in vari periodi epidemici, siamo riusciti a trovare il bacillo di Pfeiffer usando parecchie varietà di sangue di volatili e di mammiferi.

Con costanza quasi assoluta riscontrammo nel sangue e nelle forme gravi e nelle lievi della malattia, un bacillo bipolare con i caratteri descritti nei nn. 39 e 45 del *Policlinico* del 1918.

Tale germe, con frequenza decrescente, abbiamo anche riscontrato nell'aria dei colpi di tosse, nell'espettorato, nell'urina dei convalescenti.

Per quanto è a nostra conoscenza esso nel sangue e nell'espettorato di casi d'influenza bene accertati, con o senza complicanze gravi pulmonari, è stato riscontrato da parecchi autori, che talvolta hanno dimenticato di citare il nostro nome; qualcuno di essi sarebbe anche riuscito a stabilirne la specificità mediante prove agglutinanti col siero di convalescenti.

Con tale germe noi riuscimmo a provocare batteriemia con elevazione febbrile e talvolta ipotermia nelle cavie, nei conigli e nei polli.

Nelle successive osservazioni abbiamo potuto constatare che la forma β del bacillo assume talvolta nelle colture dimensioni che rasentano i limiti della visibilità sotto forma di corpuscoli minutissimi, poco colorabili colle comuni diluizioni di colori e col Giemsa.

Non abbiamo alcuna esperienza, per mancanza di armamentario adatto e di animali superiori, sul comportamento di tale forma di fronte ai filtri ed in rapporto all'infezione sperimentale; ma è legittima la supposizione che essa possa eventualmente filtrare e che in essa, se il bacillo bipolare potrà essere ulteriormente confermato, possa consistere il segreto della filtrabilità di recente attribuito al virus influenzale.

Non sappiamo quale rapporto possa avere la eventuale filtrabilità della forma β del nostro bacillo coi cocchi minutissimi filtrabili attraverso le Berkefeld *N* e *V* riscontrati di recente nel sangue da Bradford, Bashford e Wilson.

Certamente non deve sfuggire la grande analogia che esiste clinicamente, anatomo-patologicamente ed epidemiologicamente tra la peste e la setticemia dei suini e l'influenza equina con l'influenza umana: è quasi identico il polimorfismo clinico, sono quasi dello stesso tipo, per sede o qualità, le determinazioni anatomo-patologiche, e sembra infine che, dal punto di vista della diffusione del contagio, i legami siano molto stretti. E perciò e per il comune reperto di un bacillo bipolare, noi, per i primi, nel settembre del 1918, richiamammo l'attenzione sui rapporti di parentela tra l'influenza umana e codeste setticemie emorragiche.

In vista delle attuali contraddittorie risultanze sperimentali, non sembra ancor giunto il momento per poter far giustizia dei germi attualmente descritti nell'influenza ed i nuovi contributi potranno decidere quali dei microrganismi possano avere volta a volta importanza patogenetica.

Perocchè considerazioni teleologiche sull'attuale pandemia e delle antecedenti, elevano nello spirito il dubbio che non tutti i casi di malattia con il determinismo clinico ed anatomo-patologico influenzale, siano da ricondurre sotto la stessa rubrica patogenetica. L'attuale pandemia è servita forse a sgombrare la via di molte affermazioni che possono essere erronee: tutte quelle forme febbrili che, nei periodi interpandemici, venivano diagnosticate come influenza, meritano ancora tale appellativo? In ultima analisi l'influenza endemica deve essere considerata patogeneticamente come identica a quella pandemica? È da ritenere che i casi di influenza endemica possano essere il risultato della attività dei germi più varî, tra cui, forse, il bacillo di Pfeiffer, mentre all'influenza pandemica debba attribuirsi un significato più univoco, sia esso per essere dipendente dal virus filtrabile, per il quale occorre ancora una maggiore concordanza di studî più numerosi, od invece uno dei microrganismi finora descritti, per i quali, nel mondo scientifico, sono indetti i comizi elettorali.

In verità non sembra fondata su fatti indiscutibili l'idea che la prima manifestazione epidemica italiana della primavera del 1918, che andò sotto

la denominazione di febbre da pappataci, dei tre giorni, influenza estiva, ecc., rappresenti la manifestazione specifica del virus filtrabile influenzale; poichè tale affermazione presuppone l'indiscutibilità dell'altra credenza secondo la quale i virus filtrabili sono innocenti fattori di stati congestivi e di anergia e che la gravità d'una infezione dipenda poi dalle infezioni batteriche concomitanti. Ciò sembra un voler costringere l'obiettività dei fatti ad adattarsi alla tirannia delle tesi; poichè l'identità tra la prima e la seconda manifestazione epidemica non troverebbe conforto se non sulla pretesa immunità che i colpiti del primo periodo avrebbero presentato di fronte alla seconda grave ripresa epidemica. Ciò non potrebbe essere stabilito che da una statistica condotta con estrema sincerità e su larghe basi; personalmente a noi consta che molti, militari e civili, che soffersero in primavera l'innocente febbre da pappataci furono, alla distanza di uno a tre mesi, colpiti dalla forma iniziatasi nell'estate, talvolta con esito mortale. Tale constatazione potrebbe dar ragione a coloro i quali ritengono ancora che, nell'influenza più che una vera e duratura immunità, un primo attacco istituisca quasi uno stato anafilattico; ma ciò urterebbe contro le fondamentali leggi dell'immunità che temporaneamente od in modo duraturo si acquista in tutte le infezioni. Anche in questo senso, se si riguarda al fatto che la maggior parte delle malattie da virus filtrabili sembra associarsi ad un'immunità permanente, la questione della filtrabilità del virus influenzale perderebbe alquanto del suo valore.

Avuto riguardo alla contagiosità differente, alla gravezza delle determinazioni cliniche, sorge perciò il dubbio che l'influenza endemica, che ricorre talvolta sotto l'aspetto di epidemie circoscritte, debba essere etiologicamente diversa dall'influenza pandemica. Non conosciamo ancora troppo bene l'anatomia patologica dell'attuale pandemia, anche perchè nella supposizione che i reperti non potevano differire molto da ciò che ordinariamente si è riscontrato durante gli intervalli interpandemici, non venne attratta sufficientemente l'attenzione dei ricercatori; nè pertanto possono appassionare verso un certo indirizzo, certe analogie nelle lesioni bronco-polmonari con la peste umana riscontrate da buon numero di studiosi.

Da nostre constatazioni personali risulta che se le localizzazioni respiratorie macroscopicamente si differenziano poco da quelle ordinariamente attribuite all'influenza, se ne scostano alquanto perchè le pleure in genere, all' infuori dei casi d'empiema, non contengono quasi mai essudato; e poi perchè non manca quasi mai lo enfisema sia nei margini polmonari quanto, massimamente, in interi lobi polmonari.

Certamente alcune lesioni anatomo-patologiche dell'influenza umana ricordano molto da vicino le corrispondenti dell'influenza equina e la peste suina.

III.

Si comprende di leggieri che l'agnostica teoria dei virus filtrabili non può essere che provvisoria; la sua riduzione a termini più limitati (non essendo ancora possibile, non ostante la buona volontà degli intransigenti, sgomberare il terreno di tutti i batteri, soltanto perchè essi non mostrano inclinazione a filtrare attraverso le terre porose), presuppone un progresso nelle conoscenze sull'*habitat* elettivo dei germi nell'organismo infetto, un approfondimento della conoscenza di altri eventuali mezzi di conservazione e di moltiplicazione e forse ancora nuove transazioni con alcune idee dominanti in microbiologia.

Non ostante per alcune proprietà i virus filtrabili abbiano l'aspetto di fermenti o di tossine endo od extra-cellulari, la singolare loro trasmissibilità seriale fa supporre in essi un'attività da viventi organizzati. Ma i tentativi, intesi a dar loro forma concreta, hanno dato finora risultati poco concludenti, anche in vista di determinare la natura protozoaria o vegetale in rapporto al comportamento di essi di fronte alla saponina ed ai sali biliari. È sensibile però, una certa tendenza verso il protozoismo; cioè è consacrato dalla creazione del nuovo gruppo dei clamidozoi e dalla arbitraria denominazione di *afanozoi* data di recente ai virus filtrabili.

Così oggi per gli estremisti del filtraleismo i batteri non sono se non un'insignificante *trouvaille* di laboratorio, mentre per i moderati essi concorrono almeno in simbiosi per completare le sindromi. Ciò è emerso dal dibattito sulla peste suina, sull'influenza equina e da quello tuttavia fervente sull'influenza umana; nelle quali, se in vero i filtrati hanno dimostrato virulenza specifica, anche i batteri è da ammettere sieno capaci di provocare tutta o parte delle malattie.

Le divergenze dimostrano che l'intransigenza dei filtrabilisti vuol essere temperata, poichè vi è ancora da stabilire un accordo tra gli uni e gli altri fatti; certamente è ancora da comprovare l'asserzione dogmatica che ai virus filtrabili sia da attribuire soltanto la paradossale e benigna condizione dell'anergia, trama fondamentale dell'infezione; poichè essa, da sola, senza il mutualismo batterico, non è l'infezione.

Sembra difficile oggi conciliare le divergenze; poichè di fronte alla sostanza dell'ipotesi del filtrabilismo, ci troviamo nella stessa attitudine che abbiamo ancora in rapporto ai postulati della kantiana ragion pratica.

I batteri o sono un epifenomeno etiologico o sono invece il fondamento dell'infezione: e, per tanto, il virus invisibile che filtra è qualche cosa che mobilizza la latente patogeneità dei germi ospiti, od invece nella vita di alcuni microrganismi patogeni rappresenta un loro stadio filtrabile al quale è affidato il diffondersi del contagio?

La prima ipotesi sarebbe legata ad una seria rivoluzione nel campo delle nostre idee fondamentali in parassitologia, poichè ci indurrebbe ad ammettere in noi il deposito di tutte le infezioni; la seconda ipotesi, che avrebbe provvisoriamente il merito di conciliare i fatti, sarebbe in verità meno complessa dell'altra che attualmente sdoppia il meccanismo dell'infezione.

Ma se dal punto di vista teleologico le ipotesi giovano ad appagare la mente, esse spesso fuorviano la nostra attività dai veramente pratici motivi sociali, ed oggi, come sempre, interessa la diagnosi dell'infezione per i suoi riflessi sulla profilassi e sulla terapia. E, pertanto, in attesa di conclusioni meno contradditorie, bisogna almeno che ai germi che occorrono con particolare frequenza nelle infezioni, come *scopobi* (*σκοπεῖν* = rivelare) dell'infezione, sia data una maggiore importanza.

Cotrone, aprile 1919.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA DI VERCELLI.

Due casi di aneurisma dell'arto inferiore

per il dott. PIERO PERAZZI, chirurgo capo reparto.

Nel corso di quest'anno ho operato, con esito favorevole sotto ogni rapporto, due casi di aneurisma che hanno presentato un certo interesse. Il primo artero-venoso è interessante per la causa da cui fu originato; l'altro, arterioso è interessante perchè fu curato colla sutura laterale del vaso ed asportazione della sacca.

Riferisco le storie cliniche:

1). G... R..., cap. fanteria, classe 1895. Ferito a Col Caprile il 2 febbraio 1918 è portato all'ospedaletto da campo, ove prestavo servizio, in condizioni generali estremamente gravi, avendo riportata, per ferita da scheggia di granata, frattura comminuta del femore al terzo inferiore con vasta demolizione delle parti molli. Operato una prima volta di artrotomia per empiema del ginocchio, le condizioni sia locali che generali peggiorano sempre tantochè il 20 febbraio procedo alla amputazione dell'arto al 3° medio della coscia (un'infermiere applica il laccio elastico al terzo superiore) con metodo circolare.

Il 20 marzo l'ammalato è in buone condizioni generali, il moncone va guarendo, ma è comparsa una tumefazione grossa quanto un pugno al terzo superiore della coscia lungo il decorso della femorale. Segni classici dell'aneurisma artero-venoso con trillo e soffio che si propaga molto lontano. Fasciatura compressiva.

Il 29 aprile, in rachianestesia stovainica, incido lungo il decorso della femorale, isolo un buon tratto dei vasi a monte ed a valle dell'aneurisma, vi passo un filo in seta di sicurezza, lego varie collaterali che incontro nell'isolamento della sacca aneurismatica che in queste manovre si rompe. Stringo i fili di sicurezza e pinzo un grosso tronco venoso che porta ancora sangue (la femorale profonda). Ottenuta una buona emostasi completo lo scollamento e l'asportazione della sacca che si approfonda molto fra le parti molli, e colle quali ha contratte molte aderenze. Si sostituiscono lacci alle pinze.

Sutura delle parti molli. Adesione per prima.

L'*Esame del pezzo asportato* mostra una larga comunicazione artero-venosa con sacca intermediaria che si approfonda verso il femore, la comunicazione fra i due vasi avviene per un foro largo circa tre centimetri e mezzo, la sacca ha le dimensioni di un grosso pugno di uomo adulto con pareti piuttosto sottili.

Noto che l'estirpazione, solo trattamento possibile in questo caso, fu molto economica, la legatura dei vasi si praticò a due centimetri della sacca-in tutto si sono asportati dai quattro ai cinque centimetri di vaso.

L'aneurisma fu conseguente a lesioni dei vasi femorali prodotta dal laccio elastico troppo strettamente applicato, e con troppa energia stretto dall'infermiere.

2). C... A..., soldato fanteria, classe 1897. Il 3 ottobre 1918 si è ferito accidentalmente a Longarone con la punta della baionetta al cavo

popliteo sinistro. La ferita decorre regolarmente ed il 24 ottobre è trasferito con treno sanitario all'Ospedale di Riserva in Vercelli. Mentre non risulta essere stato in precedenza rilevato alcun segno che facesse sospettare l'esistenza di un aneurisma, alla medicatura trovo il terzo inferiore della coscia ed il cavo popliteo sinistro tumefatti, e duri alla palpazione; ivi apprezzo una netta pulsazione diffusa al poplite ove esiste una ferita a fondo cieco secernente un liquido siero-ematico piuttosto abbondante. Immobilizzazione dell'arto.

Il 7 dicembre 1918, la ferita è da tempo completamente guarita. L'aneurisma è venuto sempre più mettendosi in evidenza è grosso quanto una piccola arancia situato alla metà inferiore del cavo popliteo, ha superficie liscia, regolare, e consistenza abbastanza resistente, è animato da movimenti di pulsazione sincroni colle pulsazioni della radiale. Alla ascoltazione soffio poco rude sincrono alla sistole arteriosa. Il polso alla pedidia è in ritardo e molto più debole rispetto a quello dell'arto sano. L'ammalato si lagna di senso di dolore all'arto e di impotenza funzionale che vanno aumentando, l'arto è edematoso.

Esame della pressione arteriosa. — Arto destro P. M. 135 p. m. 100; arto sinistro P. M. 100 p. m. 40.

Operazione. — Anestesia rachidea. Incisione sulla linea mediana, scoprendo ed isolando l'ultima porzione della femorale ed i vasi poplitei. La metà inferiore del cavo popliteo è occupato da una bozza grossa quanto un uovo di tacchino a pareti ben organizzate e resistenti. Libero il nervo sciatico popliteo interno che è incluso nel connettivo di neoformazione, pongo due fili di sicurezza sulla arteria a monte ed a valle della sacca che riesco ad isolare completamente. La sacca aneurismatica è unita all'arteria per mezzo di un corto picciuolo del diametro di circa un centimetro, pongo un laccio su di esso e lo stringo. Apro la sacca e constato che non vi sono altri vasi che si aprono in essa, la asporto. Con seta molto fina e bollita mezz'ora in vaselina, ed aghi sottilissimi cilindrici procedo alla sutura del vaso ponendo i punti a non oltre due millimetri l'uno dall'altro ed in duplice strato. Il picciuolo dell'aneurisma legato è affondato.

Sutura delle parti molli, adesione per prima intenzione.

Dopo otto giorni tolgo i punti di sutura, dopo dodici giorni l'ammalato si alza, non si lagna di dolori all'arto, è scomparso l'edema.

La pressione arteriosa è all'arto sinistro P. M. 120 p. m. 90; all'arto destro P. M. 140 p. m. 100.

Dopo un mese il ferito non si lagna più di alcun disturbo, ed ha riacquistato completamente l'uso dell'arto. Si può dire che la guarigione funzionale ed anatomica è completa.

* * *

Dal punto di vista eziologico la lesione vasale fu nel primo caso dovuta alla contusione e allo stiramento eccessivo e repentino esercitato sui vasi in seguito alla applicazione di un laccio elastico alla coscia a scopo emostatico, nel secondo caso a ferita di una arma da taglio e punta.

L'aneurisma artero-venoso della femorale venne trattato colla legatura dei vasi ed asportazione della sacca, l'aneurisma arterioso della poplitea colla sutura laterale del vaso.

Il risultato fu in ambedue i casi buono, gli ammalati guarirono senza complicazioni.

Non mi sembra cosa inutile spendere alcune parole nel cercare di illustrare il meccanismo con cui si venne formando l'aneurisma, specie nel primo dei casi che ho riferito, in cui venne esercitata una forte compressione ed un violento stiramento dei vasi sottoposti al punto di applicazione di un laccio elastico.

Se si producono ad arte compressioni più o meno forti, sia sopra un vaso scoperto, per mezzo di una pinza, sia stringendo molto fortemente un laccio attorno ad un segmento di arto nel punto ove i vasi sono superficiali, in animali, come ho fatto in alcuni a scopo sperimentale, si osservano nel vaso lesioni di vario grado.

Quando la pressione esercitata era stata debole, notai solamente lesioni della tunica interna non rilevabili che alla apertura del vaso, che apparivano sotto forma di scalfiture come, prodotte dalla punta di un ago strofinata sulla faccia interna dell'arteria. Ad una pressione più energica corrispondevano lesioni più gravi delle pareti vasali. Le ferite dell'intima si affondavano abbastanza profondamente nella tunica media, ove i fascicoli muscolari ed elastici erano quà e là rotti. Infine in alcuni casi in cui avevo stretto con violenza il laccio trovai circolarmente rotte le tuniche media ed interna che erano retratte in maniera che la parete vasale era solamente formata, nel tratto leso, dalla avventizia che sotto la pressione esercitata dal sangue circolante si dilatava considerevolmente formando una bozza; in due animali in cui avevo lasciato un po' a lungo il laccio fortemente stretto osservai una vera necrosi del vaso nel punto ove era stato compresso. Ora se le fini striature dell'intima, che hanno caratterizzato le contusioni di primo grado guariscono rapidamente, le contusioni di secondo e specialmente di terzo grado sono accompagnate da gravi complicazioni quali formazioni di trombi obliteranti in parte o completamente il lume vasale, o stravasi sanguigni. Il sangue stravasato infiltrandosi al disotto dei tessuti vicini viene formando un'ematoma, tale ematoma, dapprima diffuso, per reazione dei tessuti circostanti si viene incistando. L'emorragia nel primo caso riferito si è prodotta verosimilmente per caduta di un'escara dell'arteria e della vena, i due orifici vascolari della arteria e della vena non si corrispondevano esattamente a causa della diversa retrattilità della loro tunica, e il sangue arterioso stravasato ha trovato solo in secondo tempoun naturale scarico nella vena. Agli orli delle ferite dei vasi ne è seguita verosimilmente una proliferazione endoteliale che ha tapezzato rapidamente i bordi della fistola; la vena sovradistesa dal sangue arterioso che riceveva, si è dilatata e si è ispessita assumendo una forma irregolare a guisa di sacca.

Ho cercato di ricostrurre il più esattamente possibile le varie fasi attraverso le quali venne formandosi l'aneurisma artero-venoso di cui ho riferita la storia clinica per mettere sempre più in evidenza i danni enormi che può produrre un laccio elastico applicato empiricamente. Non intendo parlare della oramai molte volte trattata questione intorno all'uso del laccio elastico pei numerosi inconvenienti che può produrre in seguito alla soppressione di tutta la circolazione arteriosa e venosa; alla brusca interruzione, per compressione dei nervi, di tutte le incitazioni trofiche, creando così un'ambiente eminentemente favorevole al rapido attecchimento e sviluppo dei microrganismi anaerobii importati dal proiettile; ma piuttosto mi preme di porre in evidenza le alterazioni prodotte sulle pareti vasali in seguito ad una compressione esagerata o ad uno stiramento troppo repentino, alterazioni già da me descritte e che se a tutta prima non danno subito segni manifesti, sono causa di gravi complicanze tardive.

Conviene ridurre il più possibile l'azione brutale della costrizione, una volta ottenuto di arrestare il circolo, il risultato è raggiunto e senza strozzare l'arto; quindi il laccio va applicato attorno all'arto con l'interposizione sul tragitto del pacchetto vascolare più importante di un cuscinetto, una fascia arrotolata può per la sua forma e la sua consistenza essere impiegata con vantaggio, il laccio va stretto progressivamente e non a fondo, è sufficiente che la circolazione venga arrestata. Il laccio a forma di robusto tubo di gomma sarebbe da proscrivere completamente anche a scopo emostatico negli interventi demolitivi, ed essere sostituito dalla fascia di Esmarch che esercita una compressione progressiva sopra una larga zona, e non sottopone a stiramenti eccessivamente violenti i vasi sottoposti e quindi meno facilmente produce lesioni delle varie tuniche dei vasi sanguigni.

In maniera più semplice in seguito alla ferita d'arma bianca della arteria poplitea se è formato l'aneurisma arterioso; il sangue spinto ad ogni sistole attraverso la piccola breccia vasale ha infiltrati gli interstizii muscolari vicini fino a quando la tensione del sangue stravasato divenne eguale alla tensione arteriosa, si è venuto così formando un'ematoma diffuso, poichè il sangue non potè giungere fino alla ferita cutanea per la mancanza di parallelismo fra le ferite dei varii strati. A poco a poco, a contatto coi tessuti limitrofi, il sangue si è coagulato alla periferia dello stravaso, l'irritazione dei coaguli sui tessuti produsse una infiltrazione leucocitaria locale, e la formazione di una specie di teca periematica che in seguito si è organizzata e si è trasformata in una membrana connettivale, mentre dai bordi della ferita arteriosa una neoformazione di endotelio venne a tappezzare la parete della cavità neoformata che era in diretta comunicazione coll'arteria colla quale pulsava in perfetto sincronismo.

In ambedue i casi riferiti l'aneurisma ebbe una evoluzione regolarmente progressiva, le turbe circolatorie e nervose vennero sempre più accentuandosi, specie nel secondo caso, in essi per la tema di complicazioni, quale la rottura spontanea della sacca, sono intervenuto piuttosto precocemente.

La regressione e la guarigione spontanea dello aneurisma è un'esito eccezionale e del quale non è bene fidarsi troppo. Infatti tutti i metodi di cura coi quali una volta si cercava di favorire un rallentamento della circolazione ed il deposito di coaguli fibrinosi sulle pareti interne della sacca, sono oramai abbandonati; la compressione prolungata indiretta sulla arteria al disopra della sacca aneurismatica può esporre al pericolo di embolie e di gangrena, la legatura del vaso a monte del tumore per rallentare la corrente sanguigna nella sacca e favorire la formazione di coaguli, è dannosa per la vita dell'arto; possono essere comprese nelle legature collaterali che avrebbero potuto essere risparmiate qualora si fosse proceduto alla estirpazione del solo sacco.

Nel primo dei casi ho estirpato completamente la sacca aneurismatica e legati i vasi, nell'isolare i quali ho incontrata una considerevole difficoltà per le intime aderenze che riunivano l'arteria e la vena coi tessuti vicini, ho scartata a priori la semplice quadruplice legatura, operazione molto più semplice, poichè molte volte è non solo inefficace ma dannosa; è inefficace quando collaterali arteriose e venose si aprono nel sacco o nel segmento vasale compreso nella legatura; se tali collaterali continuano ad apportare sangue, i disturbi pei quali si era intervenuto persisterebbero; dannosa, perchè vene collaterali a grosso calibro uscenti dal sacco avrebbero potuto portar via tutto il sangue arterioso con grave danno della irrigazione periferica, e minaccia di gangrena. Oppel ha riferito un caso molto istruttivo; nell'operare un'aneurisma artero-venoso dell'ascellare, praticò la legatura della arteria a monte della sacca; la pressione arteriosa nell'arto scese da 40 a 0, dopo due ore praticò la legatura della vena a valle della sacca senza ottenere alcun miglioramento della pressione, trovò poi, nel ricercare, un'altro grosso tronco venoso partente dall'aneurisma, in seguito a legatura del quale la pressione risalì.

In primo tempo ho aperta ampiamente la regione dell'aneurisma mettendo bene allo scoperto i varii vasi sanguigni che ho allacciati il più presso possibile all'aneurisma, che scollato dalle numerose e resistenti aderenze contratte coi tessuti vicini ho completamente asportato. Prima di suturare ho curato di ottenere una perfetta emostasi. Nell'intervento ho seguito il principio di aggredire lo

aneurisma con incisione molto ampia lungo il decorso dei vasi; isolato il fascio vascolare, quadruplice legatura dei vasi principali, legatura di collaterali, infine, resezione del segmento vascolare intermediario.

Nell'aneurisma arterioso, dopo aver fatta una ampia e precisa dissezione della sacca aneurismatica, invece di praticare una doppia legatura, ho potuto asportare la sacca ed eseguire la sutura laterale del vaso.

La sutura vascolare sarebbe certamente, in teoria, l'operazione ideale; lascia intatto il lume vasale. Due condizioni sono però indispensabili per la guarigione di una sutura arteriosa, assenza di lesioni estese, della intima e la evoluzione asettica della sutura. Operare in un'ambiente settico sopra un vaso con intima estesamente lesa, sarebbe il votare la sutura all'insuccesso, poichè nel più favorevole dei casi si trombizzerebbe il vaso, ed andrebbe così non solo perduto ogni beneficio della sutura, ma il trombo potrebbe essere origine di embolie e di gangrene parziali.

Della massima importanza fu l'avere praticata una buona preparazione del vaso da suturare e di servirsi di materiale adatto, aghi molto fini e curvi a sezione rotonda e non taglienti, filo di seta finissimo e bollito circa mezz'ora in vaselina. Colla mano destra ho iniziato la sutura verso l'angolo superiore della perdita di sostanza del vaso, mentre, coll'indice sinistro applicato contro il vaso, mettevo il più possibile in evidenza la lesione da suturare; i punti furono posti molto vicini, a non più di due millimetri l'uno dall'altro fino a giungere all'angolo opposto della ferita. Ultimata la sutura ho controllato, sopprimendo l'emostasi preventiva, se la sutura era a tenuta perfetta.

Il risultato ottenuto in questo caso di sutura laterale della poplitea fu buono sotto ogni rapporto, l'atto operativo di svolse rapido e senza complicazioni, non ne seguirono alterazioni nella circolazione arteriosa; l'arteria appena soppressa l'emostasi preventiva cominciò a pulsare regolarmente, le arterie tibiali anteriore e posteriore, esaminate il giorno dopo l'intervento e regolarmente ogni tre o quattro giorni fino all'uscita del ferito dall'ospedale, hanno mostrato le pulsazioni normalin ella loro ampiezza e regolarità, soli segni rilevabili, lieve senso di formicolio al piede per due giorni e temperatura dell'arto un poco più elevata di quella dell'arto opposto.

Non ritenendo sufficiente, permettere un giudizio spassionato, il sapere che nè la gangrena nè la trombosi del vaso si erano prodotte, ho registrato il comportamento della pressione arteriosa con apparecchio Riva-Rocci prima e dopo l'atto operativo, e mentre prima a destra era *P. M.* 135 *p.m.* 100 ed a sinistra *P.M.* 100 *p.m.* 40, dopo otto giorni dall'atto operativo trovai a destra *P. M.* 140 *p. m.* 100 ed a sinistra *P. M.* 120 *p. m.* 90, la pressione minima quindi, la più importante, era salita al normale.

Dopo circa quindici giorni il ferito aveva riacquistato completamente l'uso dell'arto in maniera che la guarigione sia anatomica che funzionale poteva considerarsi completa.

Un risultato così brillante proverebbe la superiorità della sutura alla duplice legatura della arteria nella cura degli aneurismi. Non conviene però dimenticare che la sutura di un vaso esige circostanze estremamente favorevoli, occorre che la lesione sia relativamente semplice e che la ferita decorra asetticamente. Io intervenendo quando la ferita era da quindici giorni completamente cicatrizzata e con tutte le norme asettiche ho evitato, ottenendo la guarigione per prima intenzione della ferita operatoria, complicazioni, che avrebbero compromesso l'esito dell'atto operativo, quali la trombosi, che avrebbe portato seco facilmente formazione di emboli, ed il pericolo di emorragie secondarie; cosicchè per ottenere un beneficio funzionale si sarebbe messa in pericolo la vita del paziente. L'atto operativo mi fu facilitato molto dalla piccolezza della ferita dell'arteria, mentre che se si fosse trattato di una larga ferita attraversante il vaso, o distruggente buona parte della parete, il risultato sarebbe stato ben aleatorio poichè sarei stato obbligato a praticare una resezione con sutura circolare del vaso.

La sutura vasale va quindi proscritta nei casi in cui l'evoluzione asettica della ferita operatoria non sia presumibile; quantunque sia molto difficile stabilire a priori il metodo da seguire nell'operare lesioni vasali, la sutura va in generale riservata alle arterie in cui la legatura sia notoriamente dannosa, poichè la gangrena non è il solo danno a cui può esporre la legatura di un grosso vaso arterioso; non va confusa la guarigione anatomica colla guarigione funzionale. Dopo la legatura di grossi tronchi arteriosi seguono spesso edemi, atrofie muscolari, impotenza funzionale a volte considerevole, in seguito ad allacciatura della femorale ed ancor più della poplitea spesso edema, dolori, claudicazione intermittente appaiono a testimoniare la insufficienza della circolazione distale.

La legatura della arteria poplitea fu sempre ritenuta come grave, e la gravità sua è sempre maggiore quanto più viene effettuata nella porzione inferiore del vaso in vicinanza del tronco tibio-peroneo e ciò perchè: 1) esistono delle vie collaterali poco numerose; 2) le vie esistenti sono poco adatte a supplire il tronco principale; e ciò per la legge generale di anatomia che gli organi e tessuti sono vascolarizzati in ragione della intensità del loro funzionamento; i muscoli ricevono grossi tronchi vasali, i tendini e le aponeurosi non ne rice-

vono che pochi, le arterie sono inoltre capaci di una funzionalità maggiore o minore in ragione delle variazioni di volume che presentano i muscoli in lavoro od in riposo; alla coscia, ove le arterie debbono nutrire possenti gruppi muscolari, vi sono numerose e grosse diramazioni; al ginocchio invece dove non vi sono che tendini, e capsule fibrose, i vasi sono molto scarsi e di piccolo calibro, cosicchè venendo improvvisamente a mancare il tronco popliteo le collaterali, poco preparate ad una circolazione collaterale intensa, sono sovente inferiori al loro compito. Collaterali della poplitea, quantunque poco numerose, ne esistono, sono la ricorrente tibiale anteriore e la grande anastomotica, che si anastomizzano fra loro e colle articolari, superiore, media, inferiore, questi vasi originano in un territorio piuttosto ristretto presso la estremità inferiore della poplitea. Quindi in seguito a legatura della arteria poplitea non ne seguirà sempre una gangrena, ma, per la poca preparazione delle vie collaterali a supplire il tronco principale, una circolazione deficente che può mantenere la vita nella gamba e nel piede, ma non permettere a questi organi di funzionare regolarmente; se poi a questa povertà di circolazione collaterale si aggiunge la compressione di un eventuale ematoma che ostacoli il circolo attraverso alle collaterali e la contusione sui tronchi nervosi, che diminuisca la vitalità dei tessuti, non potrà meravigliare che la gangrena possa essere abbastanza frequente. Sencert sopra undici casi di legatura della poplitea ha osservato tre volte gangrena parziale dell'arto Soubbotitch sopra sette legature, due gangrene per contro Frédet, Le Moniet, ecc., nei casi da essi osservati, non ebbero mai gangrena.

Da un'esame, anche un po' sommario, dei casi descritti dai varii autori, la legatura della arteria poplitea, senza meritare la deplorevole reputazione che ha goduto per l'addietro, conserva una certa gravità, esponendo alla gangrena in circa un quarto dei casi, ed in quasi tutti, ad un difettoso funzionamento dell'arto per la imperfetta circolazione.

Questi fatti non vanno trascurati nel giudicare delle indicazioni rispettive della legatura o della sutura del vaso leso. Un numero piuttosto ristretto di suture vasali con risultato buono possiamo per ora registrare, certamente pel fatto che molto raramente ci si trova di fronte a condizioni favorevoli: gravità ed estensione maggiore o minore della lesione anatomica, pericolo di infezione. Di una sutura della poplitea seguita da perfetta guarigione hanno riferito Alary, Mauclaire; Sencert, ha operato con successo un'aneurisma artero-venoso della femorale al triangolo di Scarpa colla sutura laterale del vaso arterioso. In due casi di aneurisma artero-venoso della poplitea, Soubbotitch ha, nel primo, operata la sutura laterale dell'arteria e la legatura della vena con successo; nel secondo, la sutura laterale di ambedue i vasi, cui seguì la morte per embolia. Hotz operò con successo in due aneurismi artero-venosi una larga resezione dei vasi seguita da trapianto di un segmento venoso nella breccia arteriosa.

I fatti sono ancora poco numerosi per potere emettere un giudizio sicuro su tale questione, ma la prospettiva di estendere sempre più la intraprendenza della chirurgia sui vasi è certamente seducente, specie nella cura di aneurismi di data relativamente antica in cui non esiste più un serio pericolo di infezione, pericolo il più preoccupante nella sutura vasale.

Marzo 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Amputazione del seno per cancro con l'anestesia regionale.

(G. LABAT. *Le Presse Médicale*, 9 gennaio 1919).

In casi di cancro della mammella, l'operazione deve comprendere la ablazione in blocco del seno, del tumore, dei gangli e del tessuto cellulare intermediario fra i gangli ascellari e il tumore. Raramente è indicata l'estesa operazione di Halsted. Sapendosi che le recidive accadono nella pelle o nel tessuto ascellare, basta disseccare completamente tutto il tessuto ascellare fin sotto la clavicola senza rompere nessuna catena linfatica, lasciando in posto i pettorali.

L'anestesia locale può benissimo applicarsi all'amputazione del seno per cancro. Essa si compone di quattro tempi.

1. Infiltrazione dei « *bottoni* dermici ».
2. Bloccaggio del plesso brachiale.
3. Bloccaggio dei nervi intercostali.
4. Infiltrazione sottocutanea di un vasto campo operatorio.

Una mezz'ora prima di cominciare l'anestesia si fa all'ammalata un'iniezione ipodermica di scopolamino-morfina o di siderol.

Si tiene pronto l'anestesico di Novocaina-Surrenina in soluzione di 1/200, 1/100 e 1/50.

Primo tempo: Formazione dei « *bottoni* dermici ». — Con un ago finissimo, servendosi della soluzione all'1/200, si fanno otto « *bottoni* dermici »:

a) in corrispondenza dell'articolazione acromio- clavicolare;

b) in corrispondenza dell'articolazione sterno-clavicolare.

c) alla base dell'appendice xifoide;

d) a livello della 10ª cartilagine costale (limite inferiore della linea operatoria);

e) alle estremità del limite esterno del campo operatorio, vale a dire, in alto, all'angolo posteriore del cavo ascellare, in basso, al punto di unione delle due linee verticale e orizzontale;

f) a due punti intermediari fra queste estremità.

Secondo tempo: L'anestesia del plesso brachiale dà l'anestesia completa della sensibilità profonda e la risoluzione muscolare. Mentre il braccio è disteso lungo il corpo, si abbassa più che si può la spalla del lato malato. Sulla pelle iodata si traccia col lapis di nitrato d'argento il mezzo della clavicola, al disopra della quale si sentono col polpastrello dell'indice i battiti dell'arteria sotto-clavicolare. Si fa in corrispondenza di questo punto un bottone dermico, quindi si spinge dolcemente l'ago in profondità dirigendolo in basso, in dentro e indietro, come se si prendesse di mira l'apofisi spinosa della 2ª o della 3ª vertebra dorsale. Se si è arrestati dalla 1ª costa, senza che la malata avverta nessuna sensazione, vuol dire che si è passati fra i tronchi nervosi; si modifica allora leggermente la direzione dello ago fino a che si osservino delle parestesie nel dominio del mediano o del radiale. Quando la malata accusa un dolore folgorante od una scossa muscolare, vuol dire che l'ago sta bene in posto; allora vi si adatta la siringa e s'iniettano 10 cmc. della soluzione 2 %.

Si ritira l'ago di 8 mm. appena, si obliqua in alto e in dentro poggiando sulla clavicola e mirando verso il tubercolo di Chassaignac; dopo averlo introdotto di 15 mm. s'iniettano 5 cmc. della stessa soluzione. Infine si ricerca la prima costa il più vicino possibile all'arteria sotto-clavicolare, e in corrispondenza del suo bordo esterno s'iniettano ancora 5 cmc. della medesima soluzione.

L'anestesia è perfetta in capo a 10-15 minuti: dura circa un'ora.

Terzo tempo: Bloccaggio della sezione fisiologica dei nervi intercostali. — Si raggiungono i nervi intercostali senza ricorrere alla via paravertebrale. Durante l'infiltrazione della parete si spinge l'ago profondamente, fino ad incontrare il bordo inferiore della costa che si contorna e a 5 mm. più in là s'iniettano 2 cmc. della soluzione al 100°. I due o tre primi nervi intercostali non sono sempre accessibili per questa via: vi si arriva indirettamente infiltrando l'ascella con una iniezione spinta a ventaglio attraverso il bottone dell'angolo posteriore della piramide ascellare, di cui si segue la faccia interna rasentando la cassa toracica, mentre con un dito si protegge l'arteria ascellare per non ferirla. 20 cmc. della soluzione 1/200 bastano.

Quarto tempo: Infiltrazione sottocutanea del campo operatorio. — Questa banda d'anestesia avrà per limiti:

1. In alto, la clavicola;

2. In dentro, il bordo sternale dello stesso lato;

3. In basso, il margine costale fino alla decima cartilagine e una linea orizzontale che parta da questo punto, diretta indietro;

4. In fuori, una linea che parte dall'angolo posteriore del cavo ascellare e discende verticalmente sulla linea orizzontale del limite inferiore.

Conclusione. — Questo metodo ha il vantaggio di lasciare alla malata il libero esercizio delle sue facoltà e dei suoi movimenti durante e dopo l'atto operativo. Inoltre non produce *shock* e anemizza il campo operatorio. Non vi è risveglio post-anestesico. Assenza di turbe polmonari, di risentimento delle vie digestive, di congestione epatica, d'insufficienza renale.

B. MASCI.

MEDICINA.

Il nuoto nella cura delle paralisi.

(H. FARGUHAR BUZZARD. *British Medical Journal*, 17 maggio 1919).

Nel trattamento curativo di qualunque forma di paralisi, l'elemento più essenziale alla guarigione è l'ottenere la cooperazione dell'ammalato stesso. Questi deve da noi apprendere che nessun movimento volontario gli sarà possibile senza il concorso della sua propria volontà, e che se vuol guarire gli è assolutamente necessario fare giornalmente tentativi a mettere in esecuzione quei movimenti volontari che avrà perduto. Nelle paralisi quando la lesione risiede nei neuroni inferiori il massaggio e l'elettroterapia sono necessari per mantenere la nutrizione dei muscoli affetti ed impedirne l'atrofia; ma quando invece tale lesione ha sede nei neuroni superiori il massaggio e l'elettricità hanno poco valore terapeutico: qui di somma importanza sono gli sforzi volontari dell'ammalato. Nella paralisi degli arti inferiori, anche quando persiste la possibilità di qualche movimento volontario dei muscoli affetti, la deambulazione è ostacolata dal peso del corpo che si deve trasportare. Nel bagno questo carico viene in gran parte rimosso e l'ammalato sente di poter muovere i suoi arti senza fatica. L'esercizio del moto o del provar di nuotare favorisce inoltre il metabolismo, e, provando all'ammalato che egli non è tanto impotente quanto gli sembrava allorchè si arrabattava in

inutili sforzi per camminare, esercita su di lui una favorevolissima influenza morale e mentale. Il benessere ed il piacere riportati dal bagno ed il confronto fatto dall'ammalato tra i movimenti nel bagno stesso ed i penosi ed inutili sforzi fatti mentre è steso sul dorso a letto, lo inducono a continuarlo.

Nel *Jooting Special Surgical Military Hospital*, sotto la direzione del tenente colonnello Mc Dowell C. M. G., un piccolo bagno da nuoto viene impiegato nella cura di paraplegici, emiplegici ed altri paralitici. Tale bagno è piccolo, lungo poco più di 5 metri, largo poco più di 2 ½ metri e profondo non molto più d'un metro: l'acqua vi è mantenuta alla temperatura di 33°–34° ed è cambiata giornalmente. Nel caso di lesioni spinali per trauma con paraplegia, il grado della paralisi non impedisce questo trattamento, giacchè anche quando gli arti inferiori sono completamente paralizzati, uno può apprendere a nuotare coi soli arti superiori. Nell'apprendere il nuoto l'ammalato è sorretto da assistenti o da sugheri.

Molti paraplegici non posson valersi dei movimenti volontari ancora possibili per una persistente retrazione spasmodica muscolare. Per vincere tale stato di spasmo involontario nulla vale quanto la rieducazione dei moti volontari: non sorprende quindi il fatto che il nuoto in acqua ad una temperatura piacevole abbia ridotto notevolmente tali spasmi. I risultati ottenuti sono stati così favorevoli da inspirare la fiducia che in avvenire un bagno da nuoto sarà considerato indispensabile come parte essenziale di qualunque istituto ospedaliero per paralitici.

Siccome nel nuoto quasi ogni muscolo ed ogni articolazione sono messi in azione, tale metodo è applicabile in molti altri casi, come ad esempio nelle pseudoanchilosi, ed in tutti i casi ove i movimenti sono ostacolati da retrazioni in seguito a traumi del tronco e degli arti.

Un metodo curativo che può compiersi principalmente dall'ammalato stesso, ed in cui l'ammalato si sente libero della necessità degli sforzi altrui, è sempre generalmente bene accolto.

Nello stesso numero del detto giornale la redazione commenta favorevolmente l'articolo soprascritto, e ricorda come Byron, che era zoppo per piede varo doppio, camminava perfettamente dentro il mare; come il peso specifico dell'acqua, maggiore di quello dell'aria, ci assiste a sollevare gli arti come l'assenza dell'attrito col letto rende i movimenti più agevoli; come la scoperta che fa l'ammalato di poter progredire nell'acqua lo deve incoraggiare; e come, infine sia semplice ottenere simili bagni: ad esempio, trasformando un lavatoio in bagno da nuoto.

Dott. A. MIZZI.

Tripoli.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 febbraio 1919.

Presidenza del Prof. F. DURANTE.

Il Presidente aperta la seduta ricorda con commosse parole la perdita del socio ordinario Professor EUGENIO ROSSONI di cui esalta le qualità di medico e di cittadino ed invita il Prof. Giulio Marchesi a volerne fare la commemorazione in una delle prossime sedute.

Sulla così detta Encefalite letargica epidemica. (A proposito di due casi).

V. ASCOLI. — L'O. presenta due infermi, una giovanetta di 18 anni ed un uomo di 49, nei quali si riscontra oftalmoplegia esterna, ptosi palpebrale, paralisi del facciale, ipertermia, stato quasi catatonico, stato di sonnolenza da cui si svegliano in seguito a stimolo per ricadervi non appena questo cessi. L'O. confronta i suoi casi con quelli già descritti da altri autori specie in Inghilterra in numero forse esagerato e con caratteri che molto li differenziano fra di loro. Discute su i criteri clinici, etiologici ed anatomo-patologici della malattia che si è accentuata durante la recente epidemia influenzale.

Il prof. ARCANGELI riferisce di aver osservato anch'egli un caso di encefalite letargica pressochè simile in un ragazzo su i 10 anni nel quale però non si aveva ptosi palpebrale.

Il prof. BADALONI chiede se sia il caso di adottare per tali infermi misure di profilassi sociale. Queste secondo il prof. Ascoli non sarebbero strettamente necesssarie.

Sul potere tossigeno del bacillo di Pfeiffer in rapporto alla patogenesi dell'influenza.

B. GOSIO. — L'O. comunica le ricerche fatte in collaborazione col dott. Missiroli, che vengono a confermare che al C. di Pfeiffer si deve mantenere la responsabilità etiologica dell'influenza e non soltanto una responsabilità aggravante. Ma non potendo d'altra parte svalutare a priori tanti contributi che molti studiosi portano alla teoria dei virus filtrabili e di altri germi cui spetterebbe l'ufficio di aprire la breccia fisiologica alle infezioni secondarie, pensa doversi attendere gli eventuali nuovi veri che potessero scaturire da indagini condotte con rigore scientifico.

Dott. E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 giugno 1919.

Valore diagnostico della cutireazione regionale nelle infezioni tubercolari.

A. DA GRADI. — L'A. dopo aver passato in rivista i vari mezzi escogitati per stabilire in via indiretta la diagnosi di infezione tubercolare riferisce le osservazioni fatte dal Pisani e dal Pollitzer sulla cuti-reazione regionale e riporta i risultati da lui ottenuti praticando detta reazione regionale in confronto a quella ordinariamente usata. Sopra 75 casi di varie forme di infezione tubercolare o sospette tali, spesso ebbe ad osservare nettamente positiva la cuti-reazione regionale, mentre era riuscita negativa o leggerissimamente positiva quella del braccio, avendo talvolta anche il controllo chirurgico od anatomo-patologico.

In base a tali reperti viene quindi a concludere in favore della grande importanza della cuti-reazione regionale tanto dal punto di vista diagnostico di infezione tubercolare quanto dal punto di vista di localizzazione.

L'appendicite nelle truppe combattenti.

MORONE GIOVANNI. — Delle affezioni chirurgiche non aventi rapporto con traumi osservate in zona di guerra la appendicite fu tra le più frequenti: essa occorse di regola in forma grave. L'A. ne ha operati 37 casi in un periodo di 7 mesi in un Ospedale di Tappa.

La frequenza della malattia va messa in rapporto con diversi fattori: età giovane dei malati; condizioni di vita, igieniche ed alimentari, disponenti a disturbi e a infezioni intestinali; presenza nella truppa di individui con pregressi attacchi appendicitici od enteropazienti.

Figurano infatti nella casistica 8 malati che avevano avuto appendicite da borghese ed 8 che erano stati enteropazienti per lungo tempo: tutti gli infermi appartenevano ad età giovane — 4 al secondo decennio di vita, 20 al terzo, 10 al quarto — salvo 3 di cui 1 era nel quinto decennio e 2 nel sesto.

La gravità delle lesioni riscontrate può spiegarsi con gli attacchi ripetuti presentati (in 18 casi vi erano stati due o più attacchi, e di essi in uno perfino dieci attacchi); con le condizioni di *surmenage* fisico e col fatto che, per eventualità varie, non erano sempre state istituite cure opportune fin dall'inizio dell'attacco.

L'appendicite fu osservata in 35 casi in forma acuta, in 1 sotto forma subacuta ed in un altro in forma cronica. Tutte le alterazioni anatomo-patologiche più frequenti si sono trovate sia a carico dell'appendice che del peritoneo e degli organi vicini: sede svariata aveva l'appendice, più spesso nella fossa iliaca e in due casi nella pelvi, oppure a tipo ascendente laterale, anteriore, mediale; e disposizione abbastanza frequente ad anello, a corno di caccia, a spirale (in un caso).

Fra le lesioni presentate particolarmente notevole l'ispessimento dell'organo in un caso; l'esistenza in esso di perforazioni in tre casi, di empiema in tre casi e di voluminosa idrope in 1 caso. Una sola volta coesisteva scarso essudato libero in peritoneo e due volte eravi concomitanza di tubercolosi miliare peritoneale, senza essudato, localizzata alla sola regione ileo-cecale in 1 giovane di 20 anni, e alla metà sottombelicale dell'addome in un giovane di 22 anni.

Pressochè tutti gli infermi furono accolti nel periodo intermediario; nessuno nel primo stadio.

Si ottenne sempre regolare raffreddamento dell'attacco: solo una volta si formò un ascesso, che fu trattato con incisione semplice.

L'appendicectomia praticata in tutti gli altri casi, malgrado le difficoltà operatorie di sovente gravi incontrate, ebbe sempre un decorso dei più favorevoli; anche quando si credette prudente l'applicazione di un parziale drenaggio di garza in primo tempo, lo si potè sopprimere nei primi giorni senza danno per l'ulteriore decorso di ferita.

Tutti gli operati guarirono e di alcuni, di cui si ebbero notizie più tardi, si seppe che ripresero regolarmente servizio.

Contributo allo studio della leucemia acuta linfatica.

A. GASBARRINI. — L'O. riferisce su un caso di leucemia acuta linfatica con anemia grave aplastica in un ragazzo di 15 anni. L'esame del sangue aveva dato: Hb.: 12 %; globuli rossi 940.000; leucociti 220.000. La formula leucocitaria era costituita in massima parte (82.9 %) da elementi della serie linfatica, fra cui molte forme immature (linfoblasti e prolinfociti); esistevano emocitoblasti, leucopenia neutrofila (1.7 %), assenza di cellule eosinofili e di elementi della serie mielocitica. Mancavano megaloblasti; qualche normoblasto e pochissime emazie con sostanza granulo-filamentosa. Obbiettivamente: ingrandimento delle ghiandole linfatiche, della milza e del fegato. T. = 38°.5. Nelle urine assenza di bilina.

In seguito ad iniezione endovenosa di siero-vaccino polivalente antistreptococcico (stomosina Centanni) si ebbe: intenso brivido di freddo, T. 40°.2 ed entro 48h caduta critica della febbre. Dopo alcuni giorni: riduzione del volume della milza e di tutte le ghiandole linfatiche, diminuzione del numero dei leucociti (6400 al 12° giorno), lieve aumento dell'Hb. e dei globuli rossi, delle emazie nucleate ed a sostanza granulo-filamentosa, dei polimorfi neutrofili (5.9 %). Inoltre la formula leucocitaria, pur restando leucemica, aveva as-

sunto la fisonomia della leucemia linfatica cronica. Nelle urine presenza di bilina e forte eliminazione di acido urico.

Il ragazzo si sentiva assai meglio, quando, per indigestione fatta, insorsero disturbi gastro-intestinali e febbre, che aggravando il grado di anemia, lo condussero a morte.

L'O. riassume i dati dell'autopsia e presenta alla Società preparati di sangue e di alcuni visceri, che illustra. Dopo aver discusso i risultati ottenuti, mette in rilievo l'importanza che devesi assegnare all'eliminazione dell'acido urico nelle urine per giudicare il grado di leucocitolisi.

Sui fatti di accrescimento verificatisi in un segmento di osso trapiantato.

G. VERGA. — Ha potuto seguire a un anno e mezzo di distanza un caso operato di trapianto alla Hahn di un tratto di perone per pseudoartrosi della tibia con vasta perdita di sostanza ossea.

L'esame radiologico dimostra che il pezzo innestato, dopo una prima fase regressiva, nella quale è andato incontro a fatti di rarefazione e di parziale riassorbimento, ha presentato fatti indubbi di accrescimento dimostrabili colla intensificazione della opacità dell'ombra radiografica e con l'aumento dello spessore del pezzo che ha conservato in parte la sua individualità.

Questa osservazione sembra suffragare l'ipotesi che l'osso innestato oltre ad eccitare la proliferazione dei monconi prenda parte attiva alla formazione del callo.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulla sintomatologia del gozzo esoftalmico.

La diagnosi del morbo di Flajani-Basedow non offre difficoltà quando sono presenti i quattro sintomi capitali, cioè la tiroidee ingrossata, la tachicardia, l'esoftalmo ed il tremore. In tale stadio però la malattia è molto avanzata ed è invece desiderabile, nell'interesse del paziente, una diagnosi precoce, ciò che spesso è tutt'altro che facile. La tiroide non è sempre ingrossata, mentre d'altra parte può esserlo anche fisiologicamente, oppure per altre cause (donna mestruante). Uno dei sintomi più precoci e più costanti è la tachicardia, che spesso viene attribuita a nervosismo, a palpitazioni intossicazioni (caffè, alcool, ecc.).

L'ingrossamento della tiroide, la quale talora può non essere palpabile, si rivela con altri sintomi, quali: 1) cianosi, cefalea, vertigini, disturbi da irritazione del vago, per pressione sulla guaina carotidea; 2) dispnee specialmente quando è coinvolto l'istmo, oppure quando l'ingrossamento è unilaterale e preme sulla trachea; 3) disfagia, nell'ingrossamento del lato sinistro; 4) disfonia, raucedine e raramente afonia, per pressione sul ricorrente; 5) pulsazioni e rumori subbiettivi, dovuti sia alla pressione sulla carotide, sia all'aumentata vascolarizzazione della tiroide.

La mancanza di ingrossamento della tiroide con la coesistenza di altri sintomi del morbo di Basedow, può essere dovuta: *a*) all'aumento di funzionalità; *b*) alla pressione sul ganglio cervicale simpatico, per altre cause; *c*) all'ingrossamento della sola porzione interna; *d*) all'ipertrofia di tiroidi accessorie.

Gli errori diagnostici (J. Bram *Medical Record* 1 marzo 1919) non sono rari; la tachicardia ed il tremore sono interpretati per isterismo, neurastenia; talvolta certi fatti, come melanconia, emotività, eccessi di pianto, od anche, raramente, tendenza al suicidio, sono attribuiti a frenosi, e solo in seguito si sviluppa chiaramente la sindrome. Per la presenza di glucosio nelle urine, accompagnata da poliuria e da perdita di peso, si pensa talora al diabete mellito; nel morbo di Flajani-Basedow, però manca l'acetonuria, la poliuria è meno abbondante, mancano la fame e la sete, la secchezza della pelle, le eruzioni cutanee; inoltre nessun giovamento si ottiene con la cura alimentare antidiabetica.

Parecchi casi di morbo di Flajani sono classificati come tubercolosi polmonare incipiente, per la espansione respiratoria diminuita, i sudori frequenti, spesso notturni, le leggere elevazioni di temperatura pomeridiane. Per la diagnosi di tubercolosi si porranno in opera i soliti mezzi (esame dello sputo, radiografia, ecc.) mentre quella di gozzo esoftalmico verrà appoggiata dalla presenza di precedenti neuropatici, o di *shock* nervoso, di altri sintomi o dall'esistenza di un timo ipertrofico, riconoscibile con i raggi X.

La tachicardia del gozzo esoftalmico va distinta da quella parossistica, in cui la frequenza del polso è molto maggiore (200 o più per minuto) ed è accompagnata da grande angoscia cardiaca, mentre tutto si dilegua dopo poche ore o pochi giorni.

fil.

Sindrome di Dercum da ipovarismo sifilitico.

La sindrome descritta da Dercum è caratterizzata dalla obesità dolorosa, che rispetta di solito la faccia, la mano ed i piedi, ed è accompagnata da astenia e da disturbi psichici.

Questo quadro clinico viene generalmente considerato come una sindrome provocata probabil-

mente da una perturbazione funzionale del sistema endocrino, pure ritenendosi impossibile per ora di stabilire con precisione gli organi affetti.

S. C. Mussio Fournier (*Rev. medica del Uruguay*, febbraio 1919) ha osservato una donna di 37 anni, negli antecedenti della quale si trovano dei fatti cutanei, ed una cefalea notturna, di origine certamente sifilitica. Tre anni prima dell'osservazione dell'A., le mestruazioni, dapprima sempre normali, si fecero scarse ed irregolari; l'ammalata si lamentava di noiose sensazioni, di vampate alla faccia. Il suo peso, dapprima di 60 kg. incominciò ad aumentare bruscamente, mentre comparvero dolori osteocopi notturni, e dolori spontanei ed alla pressione nelle parti molli del lato destro, tanto da rendere impossibile il decubito su questo lato; in seguito poi ad una violenta cefalea, si notò diminuzione della forza pure dal lato destro. L'obesità era generalizzata in tutto il corpo, salvo ai piedi; la cute presentava nu- erose cicatrici di gomme sifilitiche; la reazione di Wassermann era negativa.

Con il trattamento antiluetico, scomparvero i dolori, sia quelli osteocopi, sia quelli del panicolo adiposo, la funzione ovarica si fece regolare, scomparve l'astenia.

Trattavasi in complesso di una sifilitica con emiplegia di probabile origine corticale, in cui si erano sviluppate l'obesità e la paniculalgia, realizzando così una sindrome di Dercum frusta; tali disturbi si erano osservati contemporaneamente a fenomeni di insufficienza ovarica ed è quindi logico metterli con questa in connessione.

Le relazioni fra sindrome di Dercum ed insufficienza ovarica sono già state messe in luce, essendosi osservata l'influenza della menopausa sullo sviluppo della sindrome. L'origine sifilitica, nel caso dell'A. è poi dimostrata dai risultati terapeutici ottenuti col trattamento specifico

l. b.

Effetti della ipo- ed ipersecrezione ovarica.

La fisio-patologia dell'ablazione totale delle ovaie dipende, secondo Osborne (*American medicine*, febbraio 1919), dall'età del soggetto al momento del l'ablazione stessa. È raro però che questa, nelle donne sia totale e si faccia prima dell'età pubere. Le conoscenze più complete sull'argomento si debbono quindi ad esperienze su animali.

L'asportazione precoce imprime al soggetto il tipo maschile con sviluppo notevole delle estremità; l'asportazione tardiva provoca atrofia dell'utero e spesso l'aborto nella femmina gravida. Si hanno come conseguenza disturbi del ricambio, specialmente diminuzione nell'escrezione del calcio e disturbi nell'equilibrio dei cloruri e del fosforo; tendenza allo sviluppo di grasso, se l'estirpazione è fatta dopo la pubertà: inoltre anche disturbi in altre ghiandole endocrine, specialmente nella tiroide.

Nell'asportazione precoce dell'ovaja, il timo si ingrossa e si fa attivo, e così pure la pituitaria ed i surreni.

Questi segni non si hanno quando si lascia una piccola porzione di ovaja, o quando ne esistono di soprannumerarie.

La secrezione ovarica eccessiva, associata probabilmente con aumento di secrezione tiroidea, provoca aumento di sessualità a perversioni sessuali; anche quando non vi sono altri sintomi che l'abbondanza di mestruazioni, ne risultano disturbi della nutrizione e del sistema nervoso, per la perdita di sangue e di sali di calcio; talora si può averne pazzia, che è stata anche guarita con l'asportazione delle ovaje. Le mestruazioni molto abbondanti e l'aumento nel metabolismo distruttivo possono anche esser dovuti ad ipertiroidismo.

L'eccesso di attività ovarica, sia spontaneo, sia dovuto a gravidanze troppo frequenti, può essere causa di osteomalacia, e provocare disturbi paratiroidei e quindi sintomi nervosi diversi; l'asportazione di un'ovaja, o di un'ovaja e mezza, e la somministrazione di calcio possono guarire l'osteomalacia.

fil.

TERAPIA.

Nelle piaghe ostinate.

Vi sono ferite superficiali, interessanti la sola cute, che invece di guarire in pochi giorni, permangono per settimane e mesi ed anzi si estendono maggiormente. L'ostinatezza di queste piaghe (Milian. *Paris mèdical* 15 febbraio 1919) riconosce parecchie cause. Trattasi alle volte di sifilitici in cui l'infezione luetica ritarda la cicatrizzazione della ferita, come ritarda la formazione del callo; anche l'ulcera molle in sede extragenitale può dar luogo ad incertezze per l'ostinatezza della lesione; la diagnosi si fa all'aspetto anfrattuoso, ed al fortissimo dolore, anche al solo sfioramento. Si richiede allora il trattamento antiluetico specifico.

Altre piaghe non guariscono perchè sono infettate. L'A. cita un caso di piaga ribelle venuto con diagnosi di *probabile pneumococcia cutanea*, in cui la medicazione era aderente, sporca di pus verde, macchiata di sangue; la gamba atrofizzata sotto la medicatura riccamente ovattata, e sporca per macchie di sangue che risalivano ancora al giorno della ferita. È bastata una buona ripulitura, qualche medicazione umida, ed il toccamento delle granulazioni con nitrato d'argento per portare rapidamente la guarigione.

Altre piaghe ostinate sono dovute ad ulcerazioni

crostose, per l'errore di lasciare in posto la crosta, sotto di cui si accumula il pus formando un focolaio di ritenzione.

Vi sono poi le piaghe *mantenute* dal paziente o dallo stesso medico: nel secondo caso, trattasi di conseguenza dell'abuso di antisettici. L'azione nociva si manifesta con fenomeni reattivi quali eruzioni, erosioni, ecc., ed anche un rallentamento od arresto della cicatrizzazione. Questa viene ritardata dall'acqua ossigenata, dalle applicazioni di guajacol, jodoformio ecc., che nelle piaghe, divenute quasi asettiche ne arrestano la riparazione. Basta abbandonare tali medicamenti ed applicare la soluzione borica per 24 ore e più tardi la pasta di zinco, per ottenere la guarigione in pochi giorni.

Gli antisettici possono anche provocare dermiti artificiali, che si riconoscono per il fatto che hanno le stesse dimensioni e la stessa forma delle compresse di medicazione intrise dell'antisettico; anche in questi casi l'applicazione di medicatura borica e poi di pasta allo zinco porta rapidamente guarigione.

r. s.

L'olio canforato nel trattamento dell'emottisi.

In 11 casi di emottisi su 24, N. Lunde (rifer. in *Journ. Americ. Med. Assoc.*, 25 gennaio 1919) non essendo riuscito ad arrestare l'emorragia con gli ordinari mezzi di riposo, ottenne costantemente e rapidamente lo scopo iniettando 3 cmc. di olio canforato al 20 %, senza nessun'altra misura, salvo, in due casi, la fasciatura delle gambe, per espellerne il sangue: in questi due casi l'emorragia era stata copiosa e ripetuta, probabilmente per la rottura di qualche arteriola.

Le iniezioni di olio canforato si dimostrarono efficaci anche in un caso di grave epistassi; non fu necessario il tamponamento. L'emorragia si ripetè due e cinque settimane più tardi.

Prima dell'A., Alexander aveva già preconizzato l'uso dell'olio canforato nell'emottisi s Weismayr ne aveva confermato l'efficacia; ma l'A. scoprì questa azione in modo indipendente, avendo adoperato il rimedio per un altro scopo; mentre egli tentava un pneumotorace artificiale, il paziente cadde in collasso; l'olio canforato vinse il collasso e, al tempo stesso, fece sparire la tendenza alle emorragie polmonari, che si era manifestata durante i sei mesi precedenti.

Senza questa fortuita ma convincente esperienza, l'A. non si sarebbe mai avventurato ad iniettare un tonico cardiaco come emostatico.

In tutti gli 11 soggetti così trattati, l'emorragia si arrestò entro pochi minuti, come se un dito premesse il punto sanguinante.

L'A. discute, infine, il meccanismo d'azione dell'olio canforato. Sembra che l'azione del rimedio sia piuttosto complessa.

L. V.

Nelle emorragie gravi.

Nelle emorragie gravi dà risultati pronti e sicuri la iniezione del siero di Locke, che ha la seguente formola:

Cloruro di sodio, gr. 8;
Cloruro di calcio
Bicarbonato di sodio
Cloruro di potassio, anacentigr. venti;
Glocusio purissimo, gr. uno;
Acqua distillata, q. b. per fare un litro.

Si sterilizza e si inietta per via ipodermica o meglio per via venosa: in questo secondo caso alla dose di cmc. 200-300 per volta, iniettando molto lentamente.

a. a.

NOTE DI TECNICA.

Diagnosi precoce di meningite su preparati di sangue.

W. W. King (*Journ. of Am. med. assoc.*, 15 dic. 1918) in un caso di meningite gravissima, nel primo giorno di malattia, quando la diagnosi era tuttora incerta, ha fatto degli strisci di sangue, colorandone alcuni con la soluzione di Leishman, altri con il metodo di Gram. Ha trovato in detti strisci una leucocitosi notevolissima ed ha riscontrato nei leucociti la presenza di diplococchi negativi al Gram, confermando così le diagnosi. L'ammalato morì 15 ore dopo i primi sintomi; le colture fatte col sangue e col liquido cerebro-spinale, prelevati dopo la morte, rimasero sterili.

L'A. ritiene che sarebbe utile studiare se la batteriemia così evidente come nel caso osservato si riscontri con una certa frequenza o non sia invece una peculiarità dei casi fulminanti; e se possa quindi fornire utili indicazioni sia diagnostiche che pronostiche.

r. s.

IGIENE.

Le perdite subite dagli alimenti durante la cottura.

G. Masoni ed E. Savini (*Stazioni sperim. agrarie italiane* 1918) hanno fatto numerosi esperimenti con legumi, erbaggi, cariossidi, per conoscere quanta parte di sostanza alimentare passa nell'acqua di cottura, analizzando il contenuto di questa in sostanze organiche, fosfati, azoto. La perdita di materia organica, non molto alta per il riso e le paste da minestra, si eleva per gli altri prodotti ed è massma per gli erbaggi, arrivando talora a 1/3 ed 1/2 (nel cavolfiore e nei fagiolini). La perdita di sostanze organiche è tanto minore, quanto più in esse prevale l'amido: le patate cotte con la buccia subiscono perdite minime. — Le sostanze così asportate sono realmente solubili o almeno passano in parte allo stato colloidale. Qando poi si protragga la cottura fino a notevole concentrazione del liquido, si ha un parziale riassorbimento da parte dell'alimento stesso. Anche con il semplice trattamento a freddo si ha una perdita notevole, ciò che fa ritenere che anche la semplice lavatura asporti una quantità non indifferente di sostanze utili.

La quantità di fosforo perduta durante la cottura è proporzionalmente maggiore che quella di azoto. Dei composti azotati sono specialmente le albumine ed i nucleoproteidi; dagli erbaggi vengono asportati composti ammidici in maggior quantità che dai semi. Quanto ai composti fosforati, è da ritenersi che nelle cariossidi e nei semi, la massima quantità del fosforo solubile si debba alla fitina od ai suoi prodotti di decomposizione.

Da queste ricerche si possono trarre delle conclusioni pratiche, nel senso di evitare tali perdite, sia utilizzando le acque di cottura per fare zuppe o simili, sia ricorrendo alla cottura nella minima quantità di acqua, oppure a vapore od a bagno-maria, sia concentrando il liquido di cottura, fino a parziale riassorbimento di esso.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(0000) *Sulla cura dell'afta epizootica.* Al dott. N. P. da L.:

Qualora la cura preconizzata dal Mori nell'afte epizootica dovesse sortire buono effetto sarebbe certamente doveroso tentarne l'applicazione anche in atre malattie da virus filtrabile degli animali e dell'uomo. Le iniezioni di acqua ossigenata sarebbero capaci di neutralizzare le tossine prodotte dal virus specifico e di provocare una maggiore resistenza orgànica in seguito all'azione esercitata dall'ossigeno allo stato nascente. Pare che i risultati ottenuti con tale trattamento sieno incoraggianti, ma comunque meritano conferma.

In quanto all'azione locale dell'acqua ossigenata sulle vescicole aftose e sulle pustole vaiolose bisogna osservare che queste manifestazioni cutanee, se sono le più appariscenti, non sono che sintomi di secondaria importanza di una infezione generale contro la quale i rimedi topici possono essere di assai scarso giovamento.

G. SAMPIETRO.

(0000) *Eczema professionale.* Al dott. G. S. da B.:

L'eczema professionale, allo stato della nostra legislazione, non si considera come un infortunio sul lavoro per quanto la questione, dal punto di vista del diritto puro, sia molto discutibile.

Se l'operaio non può far uso dei guanti di gomma è consigliabile l'uso di *eucerino,* nuovo eccipiente per pomate, assai in voga in Germania, per la composizione del quale si può consultare la mia relazione ufficiale sulle *dermatiti professionali* al IV congresso nazionale per le malattie del lavoro (Giornale « Il Ramazzini », Gennaio-Febbraio 1913, fasc. I-II).

V. MONTESANO.

(0000). *Nella nevrastenia sessuale.* All'abb. n. 2385:

Quando disturbi nella sfera sessuale si possono mettere in rapporto con l'esistenza di antiche affezioni veneree non completamente guarite (uretrite cronica, prostatile ecc.) la cura di queste potrà giovare. In caso contrario la nevrastenia sessuale va curata con i metodi abituali (tonici del sistema nervoso, elettricità, astensione da cibi e bevande irritanti, psico-terapia ecc.).

V. MONTESANO.

(0000) *Dolori osseo-articolari nel carcinoma.* All'abbonato 7207:

I dolori cui Ella accenna sono di origine nevritica e in rapporto allo stato cachettico.

dr.

(0000) *Manuali d'infortunistica.* Al dott. L. C. da S. e al dottor F. B. da San G.:

Consigliamo:

L. Borri - Trattato infortuni - Società Editrice Libraria Milanese.

L. Borri - Infortunistica medico-legale - Editore Dr. F.co Valardi, Milano.

Imbert-Oddo-Chavenac - Accidents du travail - Editore Masson, Parigi.

Forgue-Ieaubrau - Accidents du travail - Editore Masson, Parigi.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

Prof. Ch. RICHET. *La sélection humaine.* 1 vol. della « Bibliothèque scientifique internationale »; in-8°, di pag 262. — Parigi, Libreria F. Alcan, 1919. Rilegato, fr. 6.60.

Il Richet intende applicare al miglioramento fisico, intellettale e morale dell'uomo, le nozioni positive concernenti l'eredità e la selezione.

La materia vivente è plastica, al punto che nel corso di poche generazioni si possono intensificare od attenuare qualità e caratteri, perfino creare o distruggere funzioni: ne sono state fornite ampie prove per le piante e per gli animali domestici. Non sarebbe, certo, possibile di applicare all'uomo i procedimenti rigorosi e diremmo quasi brutali posti in opera per la selezione artificiale; ma vi sono alcuni mezzi che si potrebbero attuare senza sforzo. Il Richet dimostra, appunto, che la selezione umana è non solo desiderabile, ma praticamente possibile e che costituirà la maggiore preoccupazione delle future generazioni.

Le vie che egli propone di battere (eliminazione degli anormali, regolamentazione del matrimonio, igiene fisica e mentale, propaganda, ecc.), potranno formare oggetto di discussione; ma dalla documentata sua dimostrazione risulta nettamente che, mediante uno sforzo selettivo prolungato, si potrà giungere a costituire delle razze superiori, cioè vigorose, belle, intelligenti, laboriose, probe, ed intanto si potrebbero neutralizzare rapidamente i misfatti della guerra. *R. B.*

Prof. GRASSET. *Devoirs et perils biologiques.* 1 vol. della « Bibliothèque de Philosophie contemporaine »; in-12 di pag. 546.— Parigi, F. Alcan, 1917. Prezzo fr. 11.

La scienza positiva e sperimentale, falsamente interpretata, ha sviato l'umanità, conducendola verso gli orrori della guerra. Questa dura lezione suggerisce un rimedio pel dopo guerra: basandosi sullo stesso terreno, l'A. dimostra che la scienza consente di edificare una morale.

Per i suoi complessi rapporti ecologici, l'uomo non può essere studiato, dalla scienza biologica, confusamente con gli altri animali. Esso merita di formare oggetto di una disciplina a sè, la biologia umana, e questa offre una base solida ed ampia alle scienze morali e sociali. Non tutti i doveri dell'uomo possono certamente farsi derivare da nozioni di biologia; ma scopo del libro è di provare che sono però numerosi i *doveri biologici*, la cui inosservanza espone gli individui e la società a gravi *pericoli*.

Il pregevole saggio del Grasset costituisce un tentativo di profilassi e di terapia contro i più gravi flagelli che minacciano e colpiscono e rovinano l'umanità: le malattie a larga diffusione, le intossicazioni volontarie, il suicidio, l'omicidio, lo spopolamento, l'egoismo e l'antialtruismo, l' « irrispetto » familiare, l'anticivismo, l'antipatriottismo, la demoralizzazione internazionale. Tutti questi danni derivano precipuamente dall'inosservanza, da parte degli individui e delle nazioni, dei doveri biologici. *R. B.*

D'ANGELO ERNESTO. — *Pipe Rosse.* La guerra dal fronte interno. - Un vol. in-8° di 366 pag. - A. Cacace, ed. Napoli Prezzo lire 7.50.

Pipe rosse, nel gergo militaresco, sono le piccole mostrine, che, sul colletto, distinguono i territoriali, questi soldati che, nella penombra delle retrovie, hanno modestamente, ma valorosamente contribuito al buon esito della gnerra, ed, in più di un'occasione, con i loro petti non più giovani, hanno fatto un saldo argine all'irrompente nemico. Questo libro, in una serie di quadri e di dialoghi spigliati, li fa rivivere dinanzi a noi con una serena bonomia, in cui brilla qualche lacrima commossa. *l. b.*

VARIA.

La canfora sintetica. — Nell'attuale penuria di canfora, gli imperi centrali hanno usato come medicamento la canfora sintetica, di cui le applicazioni erano dapprima limitate al campo tecnico. Essa viene ottenuta dall'olio di trementina e differisce da quella naturale, solamente perchè è otticamente inattiva, mentre l'altra è destrogira.

Il prezzo non ne è più elevato di quella naturale.

Anche le proprietà farmacologiche sarebbero analoghe. C. Bachem, che ne ha studiato l'azione sul cuore, sulla pressione sanguigna, sulla respirazione, non ha trovato differenze.

In seguito a considerazioni teoriche si poteva supporre che la canfora artificiale potesse dare disturbi, per il fatto di contenere un complesso (l-canfora) a proprietà tossiche: le ricerche dell'A. (*Med. Klinik*, 1919, n. 22) escludono tale supposizione e dimostrano l'innocuità della canfora sintetica. Gli usi di questa (sia all'esterno che all'interno) e le dosi sono simili a quelle del prodotto naturale. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ai nostri abbonati.

Il « Policlinico » dopo una sospensione di oltre due mesi riprende con questo numero la sua regolare pubblicazione.

Il nostro giornale è stato coinvolto senza alcuna sua responsabilità in una lotta tra tipografi industriali e salariati, e ne ha subìte le malefiche conseguenze senza che il suo contegno potesse in alcun modo determinare una decisione. La nostra solerte Amministrazione ha tentato con tutti i mezzi di raccorciare il periodo della forzata sospensione del giornale, ma malgrado gli onerosi sacrifizî finanziari affrontati non ha potuto prima d'ora ridar vita regolare al nostro periodico. Ad ogni modo ci auguriamo che i lettori vorranno prendere atto delle buone intenzioni ed apprezzare gli sforzi fatti.

Non vogliamo far recriminazioni, nè muovere rimproveri. Comprendiamo la fatalità storica degli attuali movimenti sociali. D'altra parte oggi che l'accordo tra le parti in lotta è raggiunto ogni considerazione in un senso o nell'altro potrebbe riuscire inopportuna e non agevolerebbe la conclusione di una pace tra industriali e lavoratori, che per il bene nostro, per il bene di tutti, ci auguriamo sincera e duratura.

Certo non possiamo non dolerci, ed in questo siamo sicuri di interpretare il sentimento dei nostri lettori, per il fatto che la vita di un organo importante del movimento medico italiano abbia dovuto subire la influenza di lotte economiche che con un po' di moderazione e di buona volontà si sarebbero potute evitare. Una tale constatazione riesce tanto più incresciosa quando si consideri che nell'attuale momento tutte le nazioni civili, superate le difficoltà della guerra, cercano riconquistare nell'assetto della pace la propria posizione, non solo nel campo industriale e commerciale ma anche in quello scientifico. E non è dubbio che ogni azione la quale rallenti nel nostro paese questo sforzo è colpevole.

Comunque il « Policlinico », che affretterà le sue pubblicazioni perchè entro quest'anno siano inviati ai suoi abbonati tutti i numeri che loro spettarono, ritorna alla luce fiducioso di conservare il posto che si è saputo conquistare nella stampa medica italiana ed internazionale.

Avvertenza. — Nei primi numeri consecutivi allo sciopero stimiamo opportuno di dare la precedenza alle notizie ed altre informazioni che presentano carattere di maggiore attualità, pur senza rinunziare a quelle meno recenti ed in parte sorpassate, cui ci riserviamo di far posto compatibilmente con le esigenze dello spazio.

A rendere poco ordinata la pubblicazione della nostra cronaca e del nostro notiziario, concorrerà la circostanza che siamo costretti a valerci dell'opera di due tipografie, una delle quali risiede fuori di Roma.

Cronaca del movimento professionale.

L'agitazione dei sanitari in condotta.

L'on. Facta aveva minutamente esposto all'on. Nitti la grave questione riflettente i miglioramenti economici dei medici condotti, ufficiali sanitari e medici veterinari. Il presidente del Consiglio ha risposto con la lettera seguente:

« Sull'agitazione dei medici condotti ho già richiamato l'attenzione dei prefetti, perchè promuovano temperamenti conciliativi, che sono facilitati dall'applicazione razionale dell'art. 26 del T. U. 1° agosto 1907.

Quanto ai provvedimenti che tu invochi dallo Stato a favore dei Comuni per il miglioramento delle condizioni dei medici condotti, noterai agevolmente che essi si ricollegano al problema generale concernente la richiesta dei contributi dello Stato per l'attuazione dei miglioramenti economici del personale degli enti locali, problema complesso, del quale s'interessa il Governo, mentre d'altra parte, come ti è noto, sono in corso studi per l'assicurazione obbligatoria nel caso di malattia e per un diverso assetto della assistenza sanitaria e della posizione dei medici condotti ».

Per i medici condotti.

L'*Epoca* ha da Firenze:

Con opportuno senso di praticità, il Prefetto gr. uff. De Fabritiis, impressionato dell'agitazione che serpeggia fra la classe dei medici condotti decisi ormai ad ottenere pronti e radicali provvedimenti, ha riunito la Giunta Provinciale Amministrativa e il Consiglio superiore di Sanità affinchè un cordiale scambio di idee risolva la questione contemperando con le esigenze delle finanze comunali, i desiderata della nobile classe dei medici.

L'adunanza privatissima, ed a cui hanno partecipato i rapresentanti dei medici condotti, degli ufficiali sanitari, dei veterinari e delle levatrici, sembra aver dato ottimi risultati avviando la questione verso l'accordo, poichè le asprezze di questi professionisti sarebbero mitigate da larghe concessioni che indubbiamente, come prima conquista, non sono sprezzabili, tenuto conto delle strettezze amministrative in cui si dibattono le finanze comunali. È opinione di molti eminenti professionisti che l'accordo possa essere raggiunto e a tale proposito è stata nominata una Commissione composta del prof. com-

mendator Enrico Burci, direttore della nostra clinica chirurgica, del cav. Cocchi della Giunta amministrativa, del prof. Santini del Consiglio Nazionale dei veterani, e del prof. Vitta per le levatrici, i quali sotto la presidenza del Prefetto cercheranno la formula dell'accordo in base alle richieste dei medici che sarebbero, se le mie informazioni, come ho ragione di credere, non errano, quasi tutte accettate.

Il memoriale presentato dai medici condotti fissa così la propria retribuzione: 6000 lire di stipendio iniziale,1200 lire caro-viveri, 2000 indennità calvalcatura, più lire 3000 se la percentuale dei poveri supera in ogni comune il numero di 3000. Ora nell'adunanza di ieri, i rappresentanti della Giunta Provinciale amministrativa, custodi insomma delle magre fiananze comunali, avrebbero dimostrato larga condiscendenza e spirito conciliativo accettando lo stipendio iniziale di lire 6000, l'indennità di lire 2000 per la cavalcatura e lire 2000 se i poveri superino il numero di tremila per ogni comune.

In una parola, gli amministratori comunali avrebbero soltanto rigettato la richiesta di lire 1200 come indennità caro-viveri e diminuito di lire 1000 il compenso per la cura dei poveri accettando in massima il concordato già in vigore per i medici della Romagna e Toscana.

I medici liberi di Roma.

I medici liberi esercenti della Capitale si sono riuniti in assembea per organizzarsi in Federazione nazionale, visto che tutte, o quasi, le altre categorie della classe non stanno colle armi al piede in questo critico momento. Essi hanno votato il seguente ordine del giorno:

« I medici liberi esercenti dànno incarico al Consiglio Direttivo di dare opera per fare sorgere nel più breve termine la Federazione nazionale dei medici liberi esercenti, e dànno mandato al Presidente di intervenire nella riunione indetta dall'Associazione fra i medici condotti per la costituzione del Sindacato medico italiano riservandosi di prendere visione dello Statuto prima di dare la propria adesione ».

Altro ordine del giorno fu votato per la revisione dell'elenco dei poveri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7887) *Congresso per supplenza di condotto.* — Dott. V. di L. da C.: Dal momento che nel bilancio è stanziata V. di L. da C la somma di lire 5000 per il servizio della intera condotta e che tale somma complessiva veniva ripartita fra i due colleghi che la esercitavano, non sembra dubbio che a Lei debba essers attribuita tutta la detta somma durante i 19 mesi in cui ha espletato l'intero servizio per il collocamento a riposo dell'altro sanitario.

Non vi è all'uopo alcuna lassativa prescrizione di legge ma la conseguenza si deduce chiaramente dalla importazione in bilancio del fondo destinato a pagamento di stipendio ai sanitarii.

(7888) *Infortunii sul lavoro assisteza sanitaria.* — Dott. C. F. da V.: L'infortunato che lavora presso una azienda privata ha diritto alle sole prime ed immediate cure a carico dell'esercente l'impresa. Per prime ed immediate cure si intendono quelle che abbisognano per portare l'infermo dal lugoa dell'infortunio in posto adatto per l'assistenza successiva. Tali prime cure sono a carico della impresa anche se l'infortunato sia compreso nell'elenco dei poveri del suo Comune. La conseguente assistenza va poi fatta con le regole comuni e, cioè, sarà gratuita se l'infortunato sia compreso nell'elenco dei poveri sarà a pagamento, per proprio conto, nel caso opposto.

(7889) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. R. da T.: nulla ha che vedere l'indennità caro-viveri, resa obbligatoria con il D. L. del 9 marzo ultimo, m. 338, con l'ammontare dello stipendio, tranne se questo non sia inferiore alla cifra di L. 100 o di L. 65 mensili. Essa, quindi, deve essere corrisposta nella sua integrità, non ostante che lo stipendio sia stato recentemente accresciuto per effetto del precedente D. L. del 10 febbraio 1918.

(7890) *Medico a scavalco. Licenziamento.* — Dott. E. L. da M.: Il medico interino a scavalco non è protetto da alcuna sanzline legale in quanto che egli è sempre provvisorio e non acquista mai la stabilità. Può essere sempre licenziato dal Comune, tranne che nella deliberazione di nomina non sia determinato il tempo della permanenza in carica.

(7891) *Aspettativa per ragione di salute.* — Dott. S. R. da M.: al medico condotto titolare che si ammala durante il servizio non spetta l'aspettativa ma la licenza per infermità utensibile a tre mesi se la malattia non deriva da causa di servizio e ad un anno se deriva da causa di servizio o se contratta per esso.

Durante il congedo straordinario ed in dipendenza della concessione di esso non possono imporsi al sanitario oneri od aggravii nè tanto meno diminuzioni dello stipendio che dovrà essere corrisposto per intero. Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

Giovane medico cerca per il 1° ottobre buon interinato o posto di assistente in un ospedale. Scrivere: Dottor De Marco, Roccamorice (Chieti).

Medico-chirurgo, 15 anni di laurea, esperto ostetrico, desidererebbe condotta medica in provincia di Napoli o di Roma, paese possibilmente in pianura, o, se in montagna senza case sparse o frazioni. Rivolgere proposte al signor Franco, via di Pietra, 87, 4° piano, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina interna.

In ossequio alle deliberazioni dell'ultimo Congresso e in conformità delle decisioni prese dal Consiglio Direttivo, il XXV Congresso della Società Italiana di Medicina si terrà a Trieste nei giorni 6, 7, 8, 9 ottobre prossimo.

In questo convegno si dovrà ricomporre il Consiglio Direttivo ed iniziare un secondo quarto di secolo di vita feconda e nettamente italiana della Società.

Non può sfuggire l'importanza del convegno per la sede e per il tempo: la famiglia medica italiana dovrà essere largamente rappresentata e tutte le scuole mediche dovranno essere presenti a Trieste, dove si è compiuta l'unità Italiana e dove si compirà l'unità delle scuole mediche Italiane, auspice lo spirito di Guido Baccelli.

Sarebbe disdicevole che il Congresso non riuscisse imponente per l'autorità e per il numero degli intervenuti. È necessario che coloro che intendono intervenire mandino subito al Comitato di Trieste l'adesione e la quota (L. 20), perchè in tal modo potranno assicurarsi l'alloggio.

L'indirizzo del Comitato di Trieste è il seguente: Comitato Ordinatore del XXV Congresso medico, Ospedale Civico - Trieste.

L'annuncio delle comunicazioni, invece, deve essere iniato al prof. L. Lucatello, Diretore della R. Clinica Medica di Padova.

Per la coltura dei futuri medici.

Il Ministro della Pubblica istruzione on. A. Baccelli ritenendo opportuno ricondurre gli studi di medicina presso le università a un carattere pratico nell'interesse specialmente di quei giovani i quali, compiuti gli studi universitari, si danno alla professione di medici condotti, ha nominata una Commissione nelle persone dei prof. Giuseppe Cirincione e Vittorio Ascoli di Roma e Rodolfo Stanziale di Napoli, con l'incarico di studiare una riforma che, sviluppando le conoscenze e le attitudini diagnostiche degli studenti, li metta in grado di compiere efficacemente la loro delicata funzione anche quando, usciti dai grandi centri e lontani da cliniche e da gabinetti, si trovino privi di materiale scientifico e ridotti quasi unicamente alle loro personali risorse.

Per i professori ed assistenti universitari.

Un recente Consiglio dei Ministri ha approvato i provvedimenti proposti dal Ministro della P. I. on. A. Baccelli pei professori universitari, assistenti e tecnici.

Per tale disposizione lo stipendio dei professori ordinari della Università e Istituti di istruzione superiore va da un minimo di lire 10,000 ad un massimo di lire 13,000 attraverso due aumenti quinquennali di lire 1000 e un terzo di lire 1200; lo stipendio degli straordinari da un minimo di lire 8000 ad un massimo di lire 11,000 attraverso quattro aumenti quinquennali di lire 740 ciascuno; sono date disposizioni circa la retribuzione degli incarichi, la computazione del servizio prestato in qualità di insegnanti incaricati, le indennità ai rettori, la misura degli aumenti in prima applicazione, la concessione di indennità caro-viveri, ecc.

Altre disposizioni sono date per stipendi e retribuzioni al personale direttivo, amministrativo e di servizio. Per il persnale assistente tecnico subalterno e vario delle Università sono stabilite le tabelle per ciascuna carica, con gli aumenti periodici ad essa attribuiti.

Gli stipendi dei professori universitarî in Francia.

Gli stipendi dei professori titolari d'università in Francia sono stati aumentati dividendoli in due categorie, nel seguente modo: a Parigi 37 insegnanti a lire 20.000; 75 a lire 18.000; 37 a lire 16.000; nei dipartimenti: 150 insegnanti a lire 18.000; 151 a lire 16.000; 151 a lire 14.000; 151 a lire 12.000.

La famiglia medica italiana ha subito in queste ultime settimane una serie di perdite gravissime; sono scomparsi: Augusto Tamburini, Alberto Rovighi, Filiberto Mariani, Giulio Marchesi, l'on. Edoardo Bonardi, Francesco Fulci, Bruno Brunacci,....

Ci riserviamo di dare nei fascicoli in corso di pubblicazione del « Policlinico », brevi biografie degli illustri colleghi estinti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C.

L. Pozzi, resp.

(24)

Anno XXVI Roma, 3 agosto 1919 Fasc. 32
(Pubblicato il 20 settembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE CRITICHE.

ARCISPEDALE S. ANNA - FERRARA.

Lo sforzo fisico e l'acceleramento della frequenza cardiaca

per il prof. CESARE MINERBI, medico primario.

Durante gli ultimi cinquant'anni l'applicazione del metodo sperimentale ha gettato molta luce intorno al modo, col quale il cuore si rende idoneo a prestare le sue funzioni. Per ciò che riguarda la natura dell'attività automatica (1) del cuore, noi conosciamo il punto di partenza del processo eccitatore, che è determinante di ogni battito cardiaco, e possiamo tracciare il corso di cotesto processo in forma di un'onda attraverso i diversi segmenti del cuore. Con processi fisiologici noi possiamo studiare minutamente come il grado della pressione manometrica si modifica nelle varie cavità del cuore ad ogni fase della rivoluzione cardiaca. Noi conosciamo l'azione delle valvole e il momento esatto nel quale si effettua la loro chiusura. Inoltre sappiamo che il cuore è soggetto al controllo del sistema nervoso centrale per mezzo dei suoi nervi inibitore ed acceleratore, e che d'altro lato esso può spedire messaggi al sistema nervoso, il quale a sua volta influisce sulla condizione dei vasi sanguiferi in altre parti del corpo.

Ma la funzione forse più interessante, perchè la più essenzialmente *vitale* (2) delle caratteristiche del cuore, è il suo *potere d'adattamento*, cioè la facoltà di modificare la propria attività o in altre parole il quantitativo di lavoro, che esso compie ad ogni battito e per ogni unità di tempo a norma delle esigenze dell'organismo *in toto*.

Il lavoro meccanico eseguito dal cuore può essere valutato se noi conosciamo la pressione arteriosa, che viene superata ad ogni sistole cardiaca e il volume di sangue, che viene scaricato dal cuore ad ogni battito o nel corso di un minuto. È possibile di determinare entrambi questi valori tanto

(1) Per *automatismo* di un organo s'intende che nell'intima economia di esso vige un processo di mutamenti continui, per i quali risorge lo stimolo alla sua funzione senza che nulla dall'esterno sia venuto a modificarlo (A. MURRI, *La legge del cuore*. Il Policlinico, Sez. Med., XXVI, fasc. 1, pagina 2, 1 gennaio 1919).

(2) ERNEST H. STARLING. *The Linacre Lecture on the Law of the Heart, given at Cambridge*, 1915, pag. 5. Longmans, Green and Co. London 1918.

nell'uomo come negli animali. Krogh (3) ha dimostrato che nell'individuo normale in riposo il ventricolo sinistro espelle circa 3 litri di sangue ogni minuto. Durante l'esercizio muscolare moderato tale volume può elevarsi a 12 litri, e in un individuo atletico il quale eseguisca un lavoro assai rude, persino a 21 litri perminuto.

Quest'ultima cifra significa che il cuore può pompare l'*intero volume del sangue contenuto nell'organismo* facendolo circolare per tutto il sistema vasale, 6 o 7 volte in un solo minuto! E ciò ad onta del fatto che durante l'esercizio muscolare la pressione arteriosa, contro la quale il cuore deve spingere il sangue ventricolare, è considerabilmente più alto di quello che nelle condizioni di riposo, essendo equivalente in questo ultimo caso a circa 110 millimetri di mercurio e nel primo caso a 150–160 millimetri Hg.

Nell'esercizio muscolare, allorchè l'afflusso di sangue alle grosse vene è accresciuto, perchè i muscoli ingrossandosi nel contrarsi premono sulle vene intermuscolari (mentre la pressione arteriosa viene elevata dalla contrazione delle arteriole, che si distribuiscono ai visceri dell'apparecchio digerente), il cuore accoglie il sangue che gli arriva, e lo spinge con accresciuta forza nel sistema arterioso, di dove esso può essere distribuito in ricca misura ai muscoli contraentisi. Infatti, come abbiamo veduto, Krogh ha dimostrato che il volume di scarico del cuore *per minuto* può elevarsi dalla cifra ordinaria (nel riposo) di 3 litri a quella enorme di 21 litri.

Noi possiamo formarci una idea del processo di questo adattamento del cuore al maggiore còmpito impostogli, col paragonarlo ad una motocicletta (4). Anche in questa macchina l'energia deriva dalla ossidazione di certe sostanze combustibili; nel caso speciale la benzina. Una volta messo in moto, il motociclo farà regolarmente la sua strada in terreno piano senza ulteriore ostacolo. Ma se accade che la strada cominci ad essere in salita, la macchina comincia a rallentare, e può anche fermarsi del tutto. Per evitare questo accidente il corridore lascia scorrere nel motore in maggiore quantità la miscela d'aria e di benzina: l'energia chimica occorrente per l'esplosione è per tal modo aumentata, e la macchina monta l'altura colla stessa velocità di quella, che manteneva prima a terra piana.

Nel cuore noi vediamo esistere, come ha dimostrato Starling (5), un meccanismo automatico (costituito da un più copioso afflusso di sangue nei vasi coronarii), per mezzo del quale, per così dire, maggior volume di miscela di combustibile e comburente gli perviene tostochè gli viene imposto più rude lavoro. Secondo lo Starling l'aumento delle resistenze nell'albero arterioso provocherebbe nell'animale sano una subitanea — quantunque labile — dilatazione dei ventricoli. E siccome entro limiti fisiologici, *quanto maggiore è il volume del cuore tanto più cospicua* (6) *è l'energia delle sue contrazioni* (perchè quest'ultima è funzione della lunghezza (7) della fibra muscolare), è in tal maniera, secondo lo Starling, che il cuore riesce a superare l'ostacolo e ad assicurare la prosecuzione della circolazione sanguigna.

Su questo punto delle conclusioni dell'illustre fisiologo debbo fare alcune riserve. Le osservazioni e gli esperimenti istituiti negli ultimi tempi dalle più diverse parti per opera dei radiologi (8) hanno concordemente stabilito in modo inconcusso che allo sforzo fisico *acuto* e al lavoro muscolare strenuo seguito, il cuore *sano* reagisce all'opposto coll'*impicciolirsi*.

Anche i risultati più recenti degli studî dei clinici (9) concordano nel medesimo risultato.

Lo Starling eseguisce i suoi esperimenti su cuori isolati dal corpo degli animali, con un manometro innestato entro l'atrio destro. In tali condizioni non è meraviglia che i riflessi di tonicità e la frequenza subissero perturbazioni gravissime. Senza dubbio « quanto è maggiore il volume del cuore, tanto maggiore è l'energia della sua contrazione »; ma *lavoro energico* significa *spesa grossa*. Il cuore, possiede fortunatamente, come ho dimostrato in un recente lavoro (10), un meccanismo apposta per tutelarsi non soltanto dalle spese pericolose, ma anche da quelle non necessarie.

Questo meccanismo è costituito dalle *reazioni di tonicità*, sia autonome, sia per riflessi indiretti. Il

(3) A. KROGH. *Skandinav. Arch. für Physiologie*, Bd. XXVII, 1912. Arch. internat. de Physiol., 1913.
(4) E. H. STARLING, loco citato, pag. 11.
(5) E. H. STARLING, loco citato, pag. 8.

(6) E. H. STARLING, loco citato, pag. 18.
(7) E. H. STARLING, loco citato, pag. 22.
(8) TARABINI, BERTOLOTTI, ZUCCOLA, DE AGOSTINI, POGGIO e OLIVERO, ecc. Atti del III Congresso delle malattie del lavoro, Torino 1911, pagina 425 e seguenti.

Vedi la completa bibliografia su questo argomento in una mia memoria di prossima pubblicazione intitolata *La legge del cuore e le reazioni di tonicità del muscolo cardiaco*.

(9) G. B. QUEIROLO. *Studii clinici sul cuore*. Pisa, 191 . Vedi anche dello stesso: *Il lavoro del cuore e la fatica*; « *Le malattie del cuore e dei vasi* », anno I, n. 8, pag. 335, 1 luglio 1917. — MARIO NISSIM. « Riv. crit. di Clin. Med. », XV, n. 17, pag. 265, 25 aprile 1914.

(10) CESARE MINERBI. *Un processo pratico, contributo alla valutazione clinica della capacità funzionale del miocardio. Le reazioni di tonicità delle singole cavità cardiache ed il loro determinismo fisio-patologico*. « Riv. crit. di Clin. Med. », XVIII, n. 13 a 19, Firenze 1917.

Dello stesso: *L'insufficienza cardiaca incipiente e i processi clinici per valutarla*. « Pensiero Medico », n. 44 a 49, novembre-dicembre 1917, Milano.

riflesso autonomo di tonicità miocardica agirebbe sopratutto per carichi lievi imposti al muscolo cardiaco: i riflessi indiretti sarebbero chiamati in soccorso per carichi più gravi.

Ma il cuore dispone anche di un altro mezzo di difesa contro le *spese grosse:* ed è l'*acceleramento della frequenza.* Supponiamo che ad un operaio sia dato il còmpito di portare ad un piano superiore cinque quintali di grano in otto minuti. Sarà per lui una fatica molto più lieve trasportare, uno per volta negli otto minuti prefissi, 10 sacchetti di mezzo quintale affrettando il passo, di quello che quattro grossi sacchi di 125 kilogrammi a passo lento. Ma sarà anche lavoro meno grave trasportare nel tempo detto 10 sacchetti di mezzo quintale, piuttosto che 20 sacchetti di 25 kilogrammi, còmpito che costringerebbe a corse sfrenate chi dovesse assolverlo. Applicando l'esempio al lavoro del cuore, si comprende come da un lato la tonicità dei suoi segmenti, la quale riduce opportunamente la capacità di questi (e conseguentemente il volume di scarico ventricolare), e dall'altro lato l'acceleramento della frequenza delle rivoluzioni cardiache, possano con una provvida distribuzione del carico, e con un congruo adattamento del ritmo, alleviare di molto la fatica del viscere.

Che codeste benefiche disposizioni fisiologiche possano in dati casi oltrepassare il giusto confine — come avviene di tutti i compensi insiti della macchina organica — non è da meravigliare.

Così le reazioni di tonicità troppo violente possono nelle emozioni (per es. nello spavento) *stringere il cuore* sì fortemente da provocare — in concomitanza collo spasmo delle arteriole cerebrali — il deliquio: così d'altra parte in certe affezioni cardiache l'accesso tachicardico può diventare, per sè, causa di gravissimo pericolo di vita.

Ma ciò non toglie nulla alla verità della proposizione: che *entro limiti fisiologici le reazioni di tonicità del miocardio e l'acceleramento della frequenza costituiscono dei mezzi di difesa contro il « surménage » della fibra miocardica.*

Adunque le conclusioni dello Starling corrispondono senza dubbio al vero: ma a mio avviso *non racchiudono tutta la verità.* Esse significano a rigor di logica sopratutto questo: che, anche allorquando tutte le mirabili disposizioni fisiologiche, le quali tutelano il cuore contro uno smodato afflusso di sangue venoso agli atrii, o contro un'eccessiva pressione nelle arterie risultino impari o non rispondenti al còmpito o vengano abbattute, gli rimane pur sempre una risorsa suprema: la dilatazione delle sue cavità ed il conseguente maggiore sviluppo di energia contrattile a spese della energia chimica contenuta nell'intima compagine della fibra miocardica.

***

Per unanime attestazione di tutti gli sperimentatori la frequenza del polso aumenta sia durante lo sforzo fisico isolato, sia durante il lavoro strenuo seguito, anche allorchè subentri la stanchezza corporea.

In passato si riteneva che il maggior consumo di ossigeno da parte dei muscoli in lavoro, provocasse da un lato la penuria di questo gas nel sangue, dall'altro lato un accumulo di anidride carbonica. A questa ipotesi si opposero, come è noto, i risultati di ricerche eseguite nell'Istituto di Pflüger (11) i quali dimostrarono che per l'intensificata funzione dei polmoni e del cuore il sangue arterioso durante il lavoro muscolare contiene una quantità di ossigeno maggiore che non nel riposo e minor quantità di acido carbonico! Johansson (12) ha riscontrato che la maggior frequenza del polso non è subordinata allo aumento numerico dei respiri: e Mosso (13) ha osservato nelle persone robuste, per effetto del lavoro faticoso, crescere notabilmente la frequenza del polso e non in proporzione del numero dei respiri.

L. Giuffrè (14) ha dato nel 1897 la prova sperimentale su animali a sangue freddo che la fibra muscolare del cuore può essere eccitata ad una maggiore frequenza direttamente da una più copiosa quantità di sangue, che ad essa affluisca.

Per determinare l'acceleramento del polso nello sforzo fisico, operano, secondo Giuffrè (15), in primo tempo coefficienti *meccanici o idraulici* (accresciuto afflusso di sangue venoso al cuore) e *psichici* (elemento volitivo); in secondo tempo coefficienti *chimici* (modificazioni umorali determinate dal passaggio in circolo delle *scorie* del lavoro) e *nervosi* (eccitamento dell'acceleratore, diminuita funzione del vago).

Intorno alla importanza della diminuzione del *tono* del vago e dell'accresciuto *tono* dell'acceleratore per determinare l'acceleramento del polso, hanno portato sicura conferma gli studi di Aulo (16) e di Bainbridge (17).

(11) *Pflüger's Arch. f. Physiol.*, vol. XLII, pagina 189, e vol. LXIII, pag. 234.

(12) J. E. Johansson. *Ueber die Einwirkung der Muskelthätigkeit auf Athomung u. Herzthätigkeit.* « Skand. Arch. f. Physiol. », 1893, vol. V, pag. 21.

(13) A. Mosso. *L'uomo sulle Alpi*, pag. 13, Fratelli Treves. Milano, 1909.

(14) Liborio Giuffrè. *Sforzo e stanchezza del cuore in seguito agli sforzi muscolari.* Lavori dell'VIII Congresso di Med. Int., ottobre 1897.

(15) L. Giuffrè. *Sullo sforzo del cuore*, pag. 95. A. Reber, Palermo, 1908.

(16) T. A. Aulo. *Ueber die Ursache der Herzbeschleunigung bei der Muskelarbeit.* « Skandinav. Arch. f. Physiologie », XXV, pag. 347, 1911.

(17) F. A. Bainbridge. *The influence of venous Filling upon the Rate of the Heart.* Journ. of Physiol., vol. L, n. 2. Cambridge University Press, 1915. Recensione in *The Lancet*, n. 4822, pag. 248, 29 gennaio 1916.

Ad interpretare il meccanismo dell'aumento della frequenza per effetto dello sforzo corporeo, mi sia lecito additare qui un coefficiente nuovo, traendo partito da constatazioni ottenute negli ultimi tempi e da altre meno recenti, non adeguatamente apprezzate, o ancora poco note, d'autori diversi.

Secondo la comune dottrina accettata sino ai tempi più vicini a noi (18) si era ritenuto che l'uomo nello sforzo fisico, previa un'inspirazione profonda, serrasse la glottide e, contraendo i muscoli espiratorii, irrigidisse il tronco per costituire il fulcro alla messa in azione di tutte le leve (o di alcune di esse) rappresentate dai quattro arti. Per tal modo si credeva che nel conato fisico mentre si eleva la pressione endo-addominale, aumentasse anche la pressione endo-toracica, ed avvenisse così una specie di spremitura da *tutti* i visceri, del sangue che li irrora.

La teoria dell'aumento della pressione endo-toracica per lo sforzo volontario (19), era stata anzi tratta in campo dal Kraus (20) e dal Moritz (21) i quali davano ragione dell'impicciolimento della « figura cardiaca » allo schermo radiologico durante lo sforzo, chiamando in causa l'ostacolato deflusso espiratorio del sangue dalle vene del corpo entro il torace, ed ancora la compressione esercitata sulle cavità cardiache dall'aumentata pressione endotoracica (22).

All'incontro le esperienze recenti del Pieraccini (23) hanno dimostrato che nello sforzo fisico *volontario* aumenta bensì la pressione intra-addominale, la respirazione si arresta, si chiude man mano la glottide e il diaframma sposta in alto la sua cupola, ma che *lo sforzo non è preceduto da nessun atto di più larga inspirazione e non è accompagnato nel suo regolare svolgersi da alcun moto espiratorio.*

Inoltre secondo Pieraccini *la pressione endotoracica* od endo-polmonare *resta eguale a quella dell'aria-ambiente.*

Ora come mai si può accordare quest'ultimo fatto coll'innalzarsi della cupola diaframmatica a glottide chiusa e mentre la gabbia toracica s'irrigidisce?

Il Pieraccini (24) interpreta questa apparente contraddizione nel modo seguente:

Nello sforzo fisico volontario, allo stesso modo che è progressiva la contrazione sinergica delle mosse muscolari corporee, lo è pure lo stringersi della glottide. Schematicamente si può ammettere che la glottide nella fase proto-conatica rimanga ancora aperta, o meglio che lo stringersi graduale della glottide si completi soltanto in quel tempuscolo, che virtualmente divide la fase « proto-conatica » dalla « meso-conatica ». Infatti il Pieraccini ha constatato al laringoscopio che durante lo sforzo volontario la glottide si chiude poco a poco, a misura che il conato si fa più intenso, per serrarsi del tutto in fase meso-conatica se lo sforzo è cospicuo, mentre in caso opposto la chiusura non è completa.

Non occorre dire che l'allentarsi della contrazione del diaframma, la quale permette alla cupola frenica di elevarsi, non è un fenomeno *fisiologicamente passivo.* Tanto l'accorciarsi come l'allungarsi del muscolo sono ormai riconosciuti come processi fisiologici intrinseci *attivi* di opposta natura (Luciani). Ciò spiega perchè nello sforzo violento il diaframma possa non strapparsi, nè sfondarsi sotto il forte aumento di pressione intra-addominale.

Aggiungerò che probabilmente l'innalzarsi della cupola diaframmatica è pure in rapporto in piccola parte colla diminuzione di volume, che subisce il cuore durante lo sforzo — diminuzione di volume la quale è semplicemente un fenomeno riflesso di tonicità, come hanno provato gli studi di Cesare Minerbi (25).

Ora, quanto alla genesi dell'acceleramento della *frequenza* del polso durante lo sforzo muscolare, bisogna considerare che gli sperimentatori hanno forse tenuto conto troppo esclusivamente della parte, che, nel determinare le reazioni circolatorie, spetta alla funzione del ventricolo sinistro e

(18) Atti del III Congresso per le malattie del lavoro, tenuto a Torino, 1911. Seduta del 15 ottobre, pag. 361 e seg.

(19) GAETANO PIERACCINI. *Il meccanismo dello sforzo fisico nell'uomo nei rapporti colle oscillazioni di pressione intrapolmonare ed intra-addominale ricercato per nuove vie.* « Il Lavoro », anno V, n. 20, 1912. Milano, Fossati. *Sforzo volontario* è quella azione sinergica dei gruppi muscolari momentanea o di breve durata, che l'uomo (o l'animale) compie nella misura adeguata allo scopo di superare una resistenza *esterna. Sforzo involontario* è l'azione sinergica dei gruppi muscolari momentanea o di breve durata destinata a vincere una resistenza *interna,* come accade nella espulsione del feto, nell'evacuazione di masse fecali solide voluminose ecc.

(20) FRIED, KRAUS. *Einiges über funktionelle Herzdiagnostik.* « Deut. Med. Woch. », 1905, pag. 92.

(21) F. MORITZ. *Metodi d'esame del cuore* in « Leyden Klemperer ». La Clinica contemporanea. Traduz. Ital. di Giorgio Hanau, vol. IV, parte II, pag. 498. Milano, Soc. Edit. Libr., 1907.

(22) La poca attendibilità di tale interpretazione è stata messa in luce dagli esperimenti di Cesare Minerbi (Un processo pratico, contributo alla valutazione clinica ecc., pag. 44) il quale ha dimostrato che anche coll'*esperimento di Johann Müller,* nel quale si verifica all'opposto una enorme *diminuzione* di pressione nel cavo endotoracico, le pareti cardiache per la loro tonicità non solo resistono alla trazione, che dovrebbe dilatare le cavità del cuore, ma di più — allo scopo di proteggersi dal ribocco di sangue, che affluisce dalle vene al cuore — si retraggono fortemente.

(23) GAETANO PIERACCINI. *Il meccanismo dello sforzo fisico, ecc.* « Il Ramazzini », maggio 1913.

(24) G. PIERACCINI. *Il meccanismo dello sforzo fisico, ecc.* « Il Ramazzini », maggio 1913, pag. 278.

(25) CESARE MINERBI. *Un processo pratico,* ecc., loco citato.

delle arterie del grande circolo. « Non bisogna dimenticare » — dice Kraus (26) — « che c'è anche un atrio destro, e c'è un ventricolo destro ».

Se noi poniamo mente alle reazioni della meccanica respiratoria durante e dopo lo sforzo muscolare, ed alle ripercussioni loro sulle cavità destre del cuore, vedremo che esse determinano tali condizioni idrauliche da costituire un importante coefficiente di acceleramento della frequenza delle rivoluzioni cardiache.

Infatti nello sforzo fisico volontario, come abbiamo veduto (27), la respirazione si arresta, la glottide si chiude, il diaframma sposta in alto la sua cupola: condizioni queste, che non possono non portare un ristagno e conseguentemente un aumento di pressione nelle grosse vene mediastiniche. Inoltre in seguito all'azione pressoria sui visceri e sulle vene addominali, che si determina violenta e durevole, vien portato improvvisamente un forte volume di sangue dalla vena cava inferiore all'atrio destro, poichè la pressione endotoracica (come ha dimostrato Pieraccini) non subisce dal canto suo alcun aumento, e quindi si accresce in modo cospicuo ed improvviso il dislivello (solitamente non ragguardevole nel riposo) tra la pressione venosa intra-addominale e quella intratoracica.

L'organismo nel sano fornisce per mezzo del sangue alla muscolatura in lavoro l'ossigeno, che le occorre, per mezzo di un aumento della *velocità* circolatoria prodotto da una maggiore attività del cuore, e della *maggior copia* di sangue, che va ad irrorare i muscoli, sottratto ai visceri dell'apparecchio digerente, mediante lo spasmo delle arteriole addominali. Ora, sebbene la muscolatura in attività impoverisca il *sangue circolante* di una *percentuale* di ossigeno appena maggiore (Kraus) di quel che fa la muscolatura in riposo, è certo però che essa utilizza un volume *assoluto* di ossigeno assai maggiore che non allo stato di inazione — persino 6 volte o più. Perciò, cessato lo sforzo, si osserva che per attivare l'ossigenazione del sangue e lo svelenamento degli umori, il paziente compie profondi respiri. Per mezzo di questi dalle vene del capo, dell'addome e degli arti si precipita alle vene toraciche verso l'atrio destro, sangue a ribocco mentre la capacità dell'atrio medesimo si restringe per la reazione autonoma di tonicità messa in luce da Cesare Minerbi (28). Vi è dunque tanto durante, come subito dopo lo sforzo fisico — ed anche nel lavoro strenuo seguito (che è una serie di sforzi a brevi intervalli) — una condizione idraulica, la quale secondo la legge fisio-patologica di Murri, realizza uno dei più importanti coefficienti dell'acceleramento della frequenza cardiaca.

È noto in che consista cotesta *legge di Murri* (29). Secondo questo autore la pienezza delle cavità del cuore *in diastole* ed anche la soverchia distensione *diastolica* di una singola cavità costituiscono uno degli stimoli alla sistole: per tal modo l'aumento di pressione intracavitaria *durante la diastole* affretta il ritmo cardiaco.

A tale legge fisio-patologica desunta mediante l'analisi clinica, non sono mancate le conferme dello sperimento fisiologico. Nel 1897 il Giuffré (30) dai risultati dei suoi esperimenti di vivisezione su animali concludeva che la fibra muscolare del cuore può essere eccitata a maggiore attività direttamente dall'aumento della pressione venosa.

Nel 1915 il Bainbridge (31) mediante l'esperimento su cani anestetizzati ha riscontrato: che l'aumentato afflusso di sangue dalle vene al cuore aumenta la frequenza cardiaca principalmente per diminuito « tono » del vago e in parte per accresciuto « tono » dell'acceleratore; inoltre che l'acceleramento della frequenza è cagionato da stimoli che si suscitano entro il cuore allorchè l'aumento della pressione venosa è sufficiente ad accrescere la pressione *diastolica* intracardiaca.

Non occorrono dunque ulteriori prove per dimostrare che la ripienezza della cavità atriale in diastole, prodotta per una parte dalla spremitura dei visceri addominali restando all'incontro immutata la pressione endotoracica; per l'altra parte dall'aumentata attività respiratoria, debba essere considerata quale un importante coefficiente per l'acceleramento del ritmo cardiaco — sia per lo fosrzo fisico isolato, sia per il lavoro corporeo seguito.

Da quanto ho sopra riferito risulta che nella evoluzione della dottrina fisiologica dello sforzo fisico i lavori degli studiosi italiani hanno recato un fortissimo contributo e che nella soluzione di parecchi importanti problemi su tale argomento spetta ad Autori Italiani la priorità. Sopratutto in questi giorni non sarà male averlo formalmente stabilito.

Ferrara, aprile 1919.

(26) F. KRAUS. « Berl. Klin. Woch »., 1915 pag. 362.

(27) G. PIERACCINI. *Il meccanismo dello sforzo fisico nell'uomo*, ecc. « Il Ramazzini », maggio 1913, pag. 310.

(28) CESARE MINERBI. *Un processo pratico; contributo alla valutazione clinica della capacità funzionale del miocardio*, ecc., loco citato.

(29) A. MURRI. *La digitale e la frequenza del polso*. « Boll. delle Scienze Mediche di Bologna », anno LVIII, serie VI, vol. XIX, fasc. 1 e 2, gennaio e febbraio 1887.

(30) LIB. GIUFFRÈ. Atti dell'VIII Congresso di Medicina Interna: *Sforzo e stanchezza del cuore in seguito agli sforzi muscolari*. Ottobre 1897.

(31) F. A. BAINBRIDGE. *The influence of venous Filling upon the Rate of the Heart*. « Journ. of Physiol. », vol. L, n. 2; Cambridge University Press., 1915. Recensione in *The Lancet*, n. 4822, pag. 248, 29 gennaio 1916.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La febbre tubercolare a forma ondulante.

(M. R. BURNAND. *Annales de Méd.*, giugno 1919).

Nello studio clinico della tubercolosi ha grande importanza l'osservazione delle grafiche della temperatura, la quale va presa regolarmente più volte al giorno e riportata sulle tabelle termografiche, in modo da avere rapidamente sott'occhio i tracciati mensili.

È così che l'A., esaminando centinaia di tracciati, ha potuto rendersi conto della frequenza della febbre tubercolare ondulante. Questa, già segnalata e sommariamente studiata da molti autori (Roussy, Hutinel, Piery, Puy, Mantoux, Weill) è caratterizzata da *poussées* termiche periodiche recidivanti indefinitamente in serie. Ogni *poussée* di 8-15 giorni di durata è seperata dalla successiva da una fase di defervescenza più o meno completa che dura approssimativamente quanto il parossismo febbrile. L'ascesa e la discesa della febbre avvengono gradualmente. Le ondulazioni della curva termica non sono rigorosamente regolari, in parte per la somministrazione di medicamenti antitermici.

Il ciclo della febbre ondulante comprende due fasi: il periodo febbrile e il periodo della defervescenza. Benzançon e de Serbonnes assomigliano la *poussée* febbrile tubercolare a una malattia infettiva acuta, in cui il periodo di stato è caratterizzato dalla febbre, dalla ritenzione dei cloruri, dall'abbassamento della pressione arteriosa, dalla polinucleosi, da una diminuzione del valore degli anticorpi (cutireazione leggermente positiva o negativa), da una esacerbazione dei fenomeni congestivi in corrispondenza dei focolai tubercolari.

La defervescenza si accompagna a fenomeni inversi. Nella *poussée* tubercolare vi è però una incompleta crisi terminale, in modo che la temperatura, l'eliminazione clorurata terminale, la elevazione della pressione arteriosa, le modificazioni della formula leucocitaria si prolungano anormalmente. Ogni serie di parossismi febbrili suggerisce l'idea che corrisponda a serie di *poussées* tubercolari. Già Roussy e Mantoux che primi segnalarono il tipo febbrile ondulante, lo ritennero indice di lesioni tubercolari gravi, e secondo essi si osserverebbe specie in malati con lesioni estese e profonde sia ulcerose, che sclerose. Piery ugualmente dice di avere osservat questo tipo febbrile in forme caseose, ossia a rapida evoluzione. Puy ritiene che questi parossismi febbrili corrispondano a tante *poussées* acute di tubercolosi, che s'accentuano, poi regrediscono. Burnand in uno studio accurato ha distinto tre tipi febbrili speciali: tipo ondulante febbrile, tipo ondulante subfebbrile, tipo ondulante fisiologico.

Tipo ondulante febbrile. — I massimi di temperatura sorpassano i 38°, e i minimi invece sono variabili. Su 39 casi di questa categoria 38 morirono e il reperto anatomo-patologico dimostrò che in rapporto allo sviluppo di queste onde febbrili si avevano ora *poussées* caseose invadenti, ora *poussèes* congestive nei focolai preesistenti e nei territori polmonari vicini, ora setticemie tubercolari. Ogni tentativo di cura medicinale, sieroterapica e fisica fu inutile. La somministrazione di forti dosi di criogenina accelerò talvolta la fase di defervescenza e prolungò gli intervalli fra ogni *poussée*, ma non riuscì a staccare definitivamente la febbre. Sicchè si potrebbe pensare che la fase febbrile di una curva ondulante corrisponda a una *poussée* tubercolare momentaneamente combattuta dall'organismo, ma che ripetendosi violentemente e periodicamente, finirebbe per la virulenza speciale dell'infezione col vincere i poteri di difesa organica.

Tipo ondulante subfebbrile. — I massimi si avvicinano e non sorpassano che eccezionalmente 38°. In questo tipo ora si tratta di una evoluzione tubercolare grave, un po' più benigna del tipo precedente, ma suscettibile d'interpretazione clinica e patologica analoga, ora i focolai bacillari che aumentano la febbre sono invece discreti e difficili a scoprire. Talvolta si hanno guarigioni cliniche, altre volte i pazienti restano affetti sia da una lesione fibro-caseosa cronica, soggetta a *poussées* evolutive o congestive recidivanti indefinitamente, sia affetti da lesioni bacillari sparse, a localizzazione incerta, lesioni tenaci, che possono presto o tardi dar luogo a metastasi.

Tipo ondulante fisiologico. — Comprende quei casi in cui si ha un massimo di temperatura boccale di 37.6 e nei quali la differenza fra il massimo e il minimo di temperatura è in genere di 3-4 decimi. Questa febbre comporta un prognostico meno grave ed è suscettibile di essere combattuta con una terapia appropriata.

Lo stesso A. riconosce però che i tre tipi febbrili descritti non sono nettamente separati fra loro e che invece vanno considerati come tre diversi stadi di un fenomeno identico.

Riassumendo: la febbre tubercolare a tipo ondulante è un tipo molto frequente in clinica, e il suo significato è probabilmente notevole. La febbre ondulante è indice di una forma d'infezione bacillare le cui particolarità evolutive sono: *tenacia* dell'infezione, favorita dall'insuf-

ficiente difesa organica, e *diffusione,* setticemica, intossicante delle lesioni bacillari. Più la febbre è alta e più son ravvicinate le *poussées,* più il prognostico è grave.

Nella febbre ondulante subfebbrile la tubercolosi è meno virulenta, l'organismo più resistente, la prognosi meno cattiva. La cura può talora trionfare, ma in genere le caratteristiche evolutive di questi casi sono analoghe a quelle del primo tipo. Il tipo ondulante fisiologico è più benigno, ma anch'esso diffuso, difficile a localizzare e particolarmente tenace e cronico. Nel secondo e terzo tipo la sola cura, da cui l'A. dice di aver tratto una certa efficacia è stata quella con la tubercolina.

CESETTI.

CHIRURGIA.

La torsione delle appendici epiploiche.

(V. C. HUNT. *Annals of Surgery,* 1919, N. 1).

Le appendici epiploiche più lunghe sono quelle del colon trasverso e della flessura sigmoidea; possono raggiungere dimensioni di più di 5 cm., fino a 15 cm. (Linkenheld). Di solito ciascuna è provvista di un unica arteria e vena.

La loro funzione non è ben definita; pare che concorrano al progredire delle sostanze contenute nel colon.

La patologia di queste appendici si riassume in alterazioni circolatorie dipendenti da pressione diretta o da torsione; possono stabilirsi gradualmente, o in modo brusco.

Ne seguono fatti d'infiltrazione emorragica sottosierosa, essudazione, degenerazione grassosa, gangrena. Talora più appendici epiploiche aderiscono a quella malata, come per circoscrivere il processo; ne può seguire la formazione di una cisti.

La necrosi ischemica di un'appendice epiploica, oltre che nella cavità addominale, può avvenire in un sacco erniario, contenente una parte del colon.

Talora, l'appendice epiploica, torta sul suo peduncolo, si distacca, e può rimanere come un corpo mobile nella cavità addominale. Questi corpi mobili, contengono alle volte germi migrati dall'intestino; possono per questo determinare flogosi peritoneali. Altre volte invece sono bene tollerati, e non raramente subiscono trasformazioni fibrocartilaginee, o calcari.

Le appendici epiploiche hanno rapporti coi diverticoli del crasso, in quanto questi tendono ad estrinsecarsi fra le pagine sierose, da cui le appendici sono formate. È perciò evidente che, nei casi di diverticolite, anche le appendici epiploiche possono essere coinvolte nel processo flogistico; d'altra parte esse, come il grande omento, possono in casi simili esercitare un'azione protettiva, rispetto alla perforazione del diverticolo.

Nella letteratura si trovano riferiti 42 casi di « torsione e flogosi delle appendici epiploiche. »

In 19 di questi casi si trattava di torsione vera (9 intraddominali, 10 in sacchi erniari). Le diagnosi erano state varie: appendicite, ostruzione intestinale, calcolosi biliare, ecc., ernia strozzata, quando la torsione era avvenuta in un sacco erniario.

L'*A.* riferisce altri 11 casi osservati nella clinica Mayo, negli ultimi dieci anni. In un caso un'appendice epiploica aveva causato uno strozzamento del sigma.

Quanto al meccanismo secondo il quale avverrebbe la torsione le teorie sono varie e vaghe. È probabile che essa sia favorita dalla lunghezza dell'appendice, come vuole Morestin.

La torsione avviene più frequentemente a livello dell'ansa sigmoidea; e nelle ernie inguinali sinistre. I traumi esterni, gli sforzi, la tosse possono avere importanza nel determinare la torsione di appendici epiploiche che si trovino in sacchi erniari.

A. CHIASSERINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di pneumotorace spontaneo trasformato in artificiale, con esito in guarigione

per il dott. EUGENIO CURTI.

Ho avuto occasione di prestare l'opera mia ad un malato di pneumotorace spontaneo, e, sia per la rarità della forma, sia per il modo in cui la malattia decorse, credo bene riferire.

R... G... B..., di anni 36 da Botticino Mattina provincia Brescia. Nulla nel gentilizio. L'ammalato soffrì parecchie bronchiti da ragazzo, ebbe il tifo a 12 anni, guarì bene: a 20 anni fu soldato in artiglieria. Durante il servizio militare riportò all'emitorace sinistro, un calcio di cavallo, che determinò, pare, una polmonite traumatica: da quel tempo risentì sempre dolore e un senso di peso alla spalla sinistra, specie nei cambiamenti di tempo.

Ebbi occasione di vedere l'ammalato 6 anni fa. Allora il paziente ricorse all'opera mia perchè affetto da faringite e laringite di natura sospetta tubercolare. L'ammalato era completamente afono, accusava dolori continui in gola, dolori che si accentuavano ad ogni deglutizione anche di sola saliva. La deglutizione dei cibi provocava fitte dolorose alle orecchie tanto che il paziente le comprimeva instintivamente col palmo della mano e tentava inghiottire il bolo alimentare di colpo, quasi di sorpresa.

All'esame laringoscopico si notava arrossamento della retro bocca e infiltrazione delle corde vocali.

L'esame dell'apparato polmonare dava abbassamento dell'apice sinistro con smorzatura plessica più elevata, non si avvertivano fatti umidi . Lo esame dello scarso espettorato due volte ripetuto

nel laboratorio annesso all'Istituto d'igiene di Brescia diede risultato negativo per i bacilli di Koch.

Praticai al paziente una cura locale con pennellature e inalazioni a base di acido lattico e cocaina: contemporaneamente iniziai una intensa cura ricostituente generale.

L'ammalato lentamente migliorò tanto che in occasione della guerra prestò servizio militare per quasi due anni.

Ai primi di febbraio del 1917 fui chiamato una prima volta in consulto perchè l'ammalato, che era stato riformato, accusava gli stessi fenomeni laringei di tre anni prima.

All'esame laringoscopico vedo le medesime alterazioni rilevate nella visita precedente.

All'esame dell'apparato respiratorio polmonare noto dolore alla pressione nelle due regioni sopra spinose e nelle fosse sotto claveali.

Fremito vocale tattile aumentato di intensità a sinistra; all'ascoltazione rantòli a piccole e a medie bolle all'apice sinistro; non si avvertono sfregamenti pleurici; margini polmonari ben mobili alla base.

Nella regione cardiaca non si notano nè sfregamenti nè alterazioni del ritmo e dei toni cardiaci.

Fegato leggermente aumentato di volume, di consistenza normale.

Milza nei limiti.

Spazio di Traube normale.

L'ammalato ha rialzi termici vespertini, pulsazioni in relazione colla temperatura.

Una settimana dopo sono nuovamente chiamato in consulto, presso il malato, il quale aveva da tre giorni un dolore violento all'emitorace sinistro lungo l'ascellare.

La temperatura era salita rapidamente a 39-39.5 P. 120-130.

L'ammalato ha cianosi intensa, forte dispnea (R. 45 al minuto) e presenta sputo croceo.

All'esame del torace si nota: aumento del fremito vocale tattile su tutto l'ambito polmonare di sinistra; alla percussione ottusità timpanica pure su tutto l'emitorace sinistro.

All'ascoltazione abolizione quasi assoluta del murmure respiratorio, molto evidente il soffio bronchiale.

La diagnosi di polmonite dei due lobi polmonari di sinistra si imponeva evidente.

La malattia mise in serio pericolo il paziente, sia per il cuore, debole, che presentava uno sfiancamento del ventricolo destro, sia per fatti di edema polmonare comparsi alla base del polmone destro.

Quando lasciai l'ammalato dopo quasi due settimane il polmone era tornato nelle condizioni in cui l'avevo trovato ai primi di febbraio, cioè con sole lesioni tubercolari. P. 80, T. 36.4-37 a sera.

Dopo tre giorni fui nuovamente chiamato d'urgenza presso il malato. Trovai il paziente seduto sul letto col tronco sollevato, cianotico R. 50 al minuto; evidente al collo la tensione inspiratoria dei muscoli sternocleido mastoidei e scaleni, le pinne nasali si dilatavano sincronicamente cogli atti respiratori. T. 36.4, P. 130, regolare ma piccolo.

All'ispezione si vede l'emitorace sinistro più dilatato del normale asimmetrico rispetto al destro; gli spazi intercostali spianati e sporgenti; scomparsa delle fossette sopra e sotto claveari; non si vedono pulsazioni cardiache a sinistra mentre si vedono ondulazioni a destra dello sterno sincrone col polso.

Nei movimenti inspiratori l'emitorace sinistro non si muove affatto, è trascinato, direi quasi, dalla metà destra; più che respiro obliquo, il respiro manca a sinistra.

Fremito vocale tattile quasi completamente scomparso a sinistra.

Alla percussione suono altamente timpanico su tutto l'emitorace sinistro.

Colla percussione si notano i seguenti fatti:

La zona di timpanismo arriva in alto posteriormente alla 6ª cervicale risultando di quasi due centimetri più alta del limite dell'apice polmonare destro. In basso sull'angolare della scapola si spinge fino alla 12ª costa; sull'ascellare media si spinge fino alla 10ª costa.

La zona di ottusità normale della milza è quasi scomparsa, la milza stessa viene spinta in basso e si palpa due dita sotto l'arco costale.

La milza non risulta ingrandita.

Anteriormente la zona di timpanismo è in alto e di un centimetro più elevata del corrispondente limite polmonare destro.

Lungo l'emiclaveare non si avverte area cardiaca; la zona di timpanismo si confonde colla area di timpanismo gastrico.

L'area di ottusità relativa cardiaca si avverte a due centimetri circa sulla 4ª costa e a un centimetro sulla 5ª, sempre della marginale sternale

Non si nota zona di ottusità assoluta cardiaca nè a sinistra dello sterno nè sulla regione sternale.

Nei movimenti respiratori non si percepiscono cambiamenti dei limiti sopraddetti.

Il fenomeno del soldo, ottenuto battendo col manico del martelletto sul plessimetro, è ben evidente.

A destra la percussione mette in rilievo posteriormente l'apice abbassato di circa un centimetro; inferiormente il margine polmonare, abbassato per la funzione vicariante del polmone, è mobile negli atti respiratori.

Anteriormente troviamo un'area di timpanismo con lieve smorzatura ad un CM. della marginale sternale destra in corrispondenza della 3ª costa, a due centimetri circa la corrispondenza della 4ª, e ad un centimetro in corrispondenza della 5ª.

A destra di questa zona si nota un'area di ottusità assoluta di circa un centimetro e mezzo.

Il fegato risulta un poco abbassato, specialmente all'ala sinistra. All'ascoltazione: a sinistra nè anteriormente nè posteriormente si ascoltano rumori respiratori o sfregamenti pleurici, solo un debole lontano soffio tubarico. Anteriormente nella regione tra la para sternale e la marginale sternale, in corrispondenza della zona di ottusità relativa sopra descritta, si odono toni cardiaci frequenti, ritmici, lontani: gli stessi fatti si ascoltano sullo sterno.

A destra posteriormente respiro aspro all'apice con rantoli a medie bolle; respiro normale sul resto del polmone, solo alla base si notano fatti congestizi con tendenza all'edema: niente fatti pleurici. Anteriormente il reperto dell'ascoltazione polmonare corrisponde a quanto si ascolta posteriormente, solo si nota in corrispondenza della zona di ottusità assoluta, sopra descritta, uno sfregamento pleuro pericardico intenso: su detta zona si percepiscono molto evidenti i toni cardiaci.

Risulta quindi chiara la diagnosi di pneumotorace spontaneo teso, quindi a valvola, con schiacciamento totale del polmone, con rovesciamento del diaframma e sfiancamento del mediastino e spostamento del cuore a destra.

In seguito alla polmonite, sotto lo stimolo della tosse si era con ogni probabilità stabilita una comunicazione tra una caverna polmonare e la cavità pleurica, comunicazione naturalmente a valvola come dimostrano la grande tensione del pneumotorace e lo spostamento dei visceri.

Decido di intervenire senz'altro togliendo gas dalla cavità pleurica.

Non avendo, data la località, altri mezzi a disposizione, uso l'apparecchio del POTAINE.

L'aria esce da principio fischiando.

L'ammalato sente subito il beneficio, respira più liberamente, la cianosi scompare, il polso diventa meno frequente.

Non spingo molto l'estrazione del gas per parecchi motivi.

Primo perchè passando rapidamente da una pressione fortemente positiva ad una negativa non si verificasse un brusco spostamento cardiaco che mettesse in pericolo la vita del malato; poi perchè trattandosi di un supposto pneumotorace a valvola, pensavo che un residuo di pressione positiva potesse, come nel pneumotorace artificiale FORLANINI, tenere compressa la caverna polmonare e quindi impedire la comunicazione colla cavità pleurica; infine per cercare di ottenere come nel pneumatorace FORLANINI, la guarigione clinica della tubercolosi del polmone stesso.

Esaminando l'ammalato dopo l'estrazione noto una diminuzione generale dei limiti della zona di timpanismo molto più evidente a destra dove la zona di ottusità relativa cardiaca è ridotta alle immediate vicinanze della marginale sternale. Posteriormente a sinistra, in vicinanza della colonna vertebrale si sente respiro scarso, un po' tubarico P. 110 R. 30.

L'ammalato per alcuni giorni va sensibilmente migliorando; T. normale il polso scende a ottanta, il respiro 25, riprende appetito, è capace di scendere dal letto per i bisogni corporali.

Dopo poco più di due settimane ricompare respiro affannoso, cianosi, frequenza di pulsazioni.

Riesamino l'ammalato, e trovo che il pneumo torace si era nuovamente teso. Indubbiamente durante il periodo di benessere una parte del gas era stata assorbita, la tensione era diminuita e la comunicazione tra la cavità pleurica e caverna polmonare si era ristabilita.

Sempre col concetto di prima tolgo nuovamente aria finchè la tensione sia tale da non dare più disturbi all'ammalato il quale riprende a migliorare. T. 36.2. M. 36.6 P. 70–80 R. normale.

Per tre volte a giorni alterni, tolgo aria finchè constato che la pressione interna non aumenta più.

Dopo dieci giorni circa decido di trasformare il pneumotorace da spontaneo in artificiale per mantenere schiacciato il polmone e introduco azoto per vasi men a diversi periodi secondo il reperto dell'esame del paziente mantenendo sempre una pressione interna leggermente positivi.

Contemporaneamente faccio una cura a base di tubercolina DENYS e di ricostituente.

L'ammalato continua a migliorare, cessa la tosse temperatura normale, condizioni cardiache ottime, aumenta l'appetito e progressivamente di peso fino a sorpassare il peso che aveva normale prima di ammalarsi. Continuai la cura facendo introduzioni ogni 12–15 giorni di circa 300 di azoto per tutta l'estate e l'autunno 1917.

Quando lasciai l'ammalato che doveva trasferirsi in luoghi caldi per passare l'inverno all'ispezione si vedeva l'emitorace sin, più disteso del destro, scomparsa delle fosse sopra e sotto claveari, spazi intercostali tesi, quasi completamente immobile anche nei movimenti respiratori.

Alla percussione a limiti del pneumatorace corrispondono « grosso modo » a quelli già descritti. All'ascoltazione non si rilevano rantoli, solo leggero soffio tubarico specialmente lungo la para vertebrale.

A destra pure non si avvertono fatti umidi polmonari.

Al cuore niente di speciale. Fegato abbassato specie all'ala sinistra un p'o aumentato di volume, diconsistenza un p'o inferiore alla normale margine un p'o arrotondato.

Milza palpabile sotto l'arco costale.

Rividi l'ammalato il primo di marzo 18. Il pneumotorace non era più stato continuato, era percio quasi in totalità assorbito. Il paziente che aveva sempre continuata la cura ricostituente e di tubercolina non avvertiva nulla di speciale, disse di essere sempre stato bene, senza tosse, senza escreato, con buon appetito. Non aveva avuto nemmeno nessuna ricaduta di laringite. Avvertiva però, e per questo era venuto a consultarmi, nelle respi-' razioni profonde, un rumore avvertibile anche dagli altri, in corrispondenza della base polmonare. Il fatto deve essere stato più evidente in passato. All'ispezione l'emitorace sinistro non era più espanso, era mobile negli atti respiratori, solo un po' arretrato in rispetto all'emitorace destro, eran ben evidenti le fosse sopra sottoclaveari e gli spazi intercostali.

Alla percussione, scomparsa del suono di scatola, in alto i limiti polmonari risultavano abbassati di circa due centimetri rispetto al normale.

In corrispondenza dell'area cardiaca i limiti polmonari coincidevano coi limiti normali. In basso il margine polmonare era mobile ma non raggiungeva nemmeno nelle forti inspirazioni il seno complementare.

All'ascoltazione il fatto predominante era costituito da un forte sfregamento pleurico (che causava il rumore dal paziente avvertito) spiegabile collo sfregamento delle due superfici pleuriche indubbiamente espessite e ruvide. Il rumore si accentuava sotto i colpi di tosse, il respiro era aspro, tubarico ancora in corrispondenza della fossa sotto claveare e della regione scapolare, Non si avvertivano asso lutamente rantoli, nè a piccole nè a medie bolle.

L'azoto dunque era stato quasi tutto assorbito e il polmone si era ridisteso senza che avvenissero lacerazioni nel parenchima, senza che il processo tubercolare si ridestasse. Le lesioni anzi non si erano cicatrizzate.

Il paziente, che fu visto da vari colleghi durante la malattia, e dopo, continuò a migliorare.

Nel novembre 1918 contrasse la cosidetta influenza decorsa in modo violento con complicazioni bronco-pllmonari. Il paziente fu per circa 20 giorni in pericolo di vita specialmente per adinamia cardiaca.

Rividi il malato in compagnia di altri colleghi coi quali constatai la permanenza di una piccola quantità di gas alla base polmonare sinistra, ultima traccia del pneumatorace.

L'ammalato superò con una lunga convalescenza anche questa malattia attualmente dopo tante burrasche il paziente non si trova certo in buone condizioni, sia per degenazioni del miocardio, sia

per vaste aderenze pleuriche e pleuro-plericardiche, ma è sfebbrato.

Ha raramente tosse, non espettorato, può, se non lavorare materialmente, almeno girare sia a piedi che a carrozza e attendere ai suoi affari.

Ho voluto riferire il caso perchè meritevole di menzione per due motivi, primo perchè non credo tanto comune il caso di guarigione di un paziente con queste condizioni (tre sono se non erro i casi simili finora accertati nella letteratura), poi perchè dimostra, contrariamente a quanto molti medici affermano, che la cura FORLANINI è efficace e non occorre sia praticata per molti anni.

Dott. CURTI.

MEDICINA SOCIALE.

I problemi dell'assistenza sanitaria relativi alla assicurazione contro le malattie

per il prof. GIOVANNI LORIGA.

L'assistenza sanitaria costituisce una delle pietre basilari delle leggi dei dieci Stati europei che fino ad ora hanno resa obbligatoria l'assicurazione contro le malattie e di quelle degli altri tre che hanno l'assicurazione libera integrata dal concorso dello Stato. L'altro pilastro è formato dall'indennità pecuniaria, che deve sostituire i mancati guadagni dell'assicurato. Alcune leggi assicurano anche prestazioni di altro genere, ma nessuna trascura le due su accennate. Fa eccezione soltanto la legge olandese, in quanto lo Stato non dà l'assistenza medico-farmaceutica, ma subordina l'assicurazione alla appartenenza a Società di mutuo soccorso che la somministrino, e quindi si tratta di una eccezione apparente.

L'assistenza medica è sempre intesa in senso latissimo e comprende non solo le prestazioni professionali del medico a domicilio del malato od in ambulatorio, completate con l'ausilio di infermieri, ma anche la somministrazione dei medicinali e di presidii medico-chirurgici e quelli di cure speciali (bagni, elettricità, odontoiatria, ecc.).

Comprende pure l'ospitalizzazione, facoltativa od obbligatoria, del malato o del convalescente in istituti di cura ed in sanatori fino al ricupero della capacità lavorativa.

Alle donne si concede inoltre l'assistenza al parto ed al puerperio e talvolta anche l'assistenza durante la gravidanza.

L'Ungheria e la Norvegia somministrano quasi tutte le forme di assistenza sanitaria di cui gode l'assicurato, maschio o femmina, anche alle persone di cui egli è il sostegno (famiglia). La legge inglese lascia libertà alle singole Casse di estendere l'assistenza medica più o meno lata alle persone di famiglia dell'assicurato; la legge rumena ne permette la estensione alle sole mogli ed inoltre consente qualche facilitazione (specialmente sul prezzo dei medicinali) alle altre persone di famiglia. Ma quasi tutte le leggi che non estendono il diritto dell'assistenza medica alle famiglie concedono a queste soccorsi supplementari in danaro, i quali vengono assegnati specialmente in caso di ospitalizzazione del malato.

Secondo le proposte presentate dal relatore professor U. Gobbi alla Sotto-Commissione incaricata di preparare lo schema del Disegno di legge sulla assicurazione obbligatoria in caso di malattia, la legge italiana *condenda* dovrebbe avere per oggetto:

a) l'assistenza e la prevenzione delle malattie non solo per le persone assicurate ma per quelle della loro famiglia e per le altre a cui l'assistenza stessa è prescritta dagli art. 3, 24 e 36 del Testo unico delle leggi sanitarie, cioè per le persone che queste leggi considerano come povere;

b) l'assistenza per la maternità e per l'allevamento dei bambini.

Come persone di famiglia si intendono designati non solo il coniuge, i parenti ed affini in linea retta ed i collaterali fino al secondo grado, qualora siano conviventi coll'assicurato e questi provveda in tutto od in parte al loro mantenimento, ma anche le altre persone conviventi con lui ed in tutto o in parte a suo carico.

Il concetto di famiglia quindi verrebbe inteso nel senso più lato in omaggio a principii lodevoli di giustizia sociale ed ai criteri economici consigliati e sanciti dall'esperienza.

Per questa ultima ragione appunto tale estensione è stata adottata da molti Istituti assicuratori anche negli Stati che non ne fanno un dovere legale. Ma la ragione per cui il relatore merita, a mio giudizio, lode anche più ampia è l'aver introdotto nel concetto della assistenza due principii nuovi, non ancora accolti in nessuna legislazione estera, il concetto cioè che l'assistenza sanitaria debba essere integrata con la prevenzione della malattia e che l'assistenza alla maternità debba essere sussidiata con l'assistenza per l'allevamento dei bambini. Tale vastità di concepimento è in intima relazione col carattere non semplicemente assicurativo ma di previdenza sociale che la Commissione fino dalle sue prime deliberazioni ha voluto dare alla nuova legge. Essa sta inoltre in perfetto parallelismo con la estensione data all'assicurazione, la quale è obbligatoria non soltanto per i lavoratori ma-

nuali, ma anche per molte categorie di lavoratori professionali e quindi non è un'assicurazione operaria, ma ha precipuamente carattere di assicurazione sociale, perchè provvede ai bisogni di tutte le classi economicamente deboli.

Era del resto indispensabile completare la legge della assicurazione contro la malattia con disposizioni di carattere preventivo e di estenderne i benefizii al maggior numero possibile di individui anche per metterla in armonia con quella contro l'invalidità e la vecchiaia, entrata già in vigore con Decreto-legge del 21 aprile 1919 (1).

La concezione del prof. Gobbi si presenta dunque all'esame come un edificio ampio ed armonico, che soddisfa i *desiderata* delle classi a cui beneficio la legge dovrà essere eseguita. Lo studioso di Medicina sociale vi trova riassunti e coordinati i postulati principali di questa scienza: prevenzione delle malattie, attenuazione o riparazione dei danni da esse prodotte, irrobustimento della razza.

Non tutte queste funzioni hanno uguale importanza per l'istituto assicuratore, anzi è da prevedere che questo darà le maggiori cure all'ordinamento ed allo sviluppo della assistenza sanitaria propriamente detta, cioè di quella a favore dei malati. Ed è facilmente intuitivo che l'esercizio della prevenzione dovrà essere contenuto entro i limiti della profilassi immediata, diretta, individuale, trascurando intieramente, o quasi, i mezzi preventivi che richiedono il risanamento dell'ambiente fisico, inteso in senso largo, e dell'ambiente sociale, per non invadere il territorio già assegnato ad altri organi statali o comunali. Ma anche così limitate, le misure preventive avranno effetti salutari tanto per l'istituto assicuratore quanto per la Società, perchè eviteranno molti contagi familiari, molte ricadute, molte cagioni di cronicità e sopratutto eserciteranno azione educativa, formando la coscienza igienica delle masse. Potrà invece assumere grande importanza il programma della assistenza all'infanzia, il cui sviluppo è teoricamente illimitato (brefotrofi, baliatico, allattamento artificiale, crêches, alimenti speciali per bambini, trattamenti ortopedici, colonie marine, alpine, ecc.), ma nulla è dato prevedere fin d'ora, perchè esso dovrà evidentemente essere subordinato nell'indirizzo e nelle forme di esecuzione alle condizioni locali ed alle disponibilità finanziarie.

Alla vastità della concezione programmatica fa riscontro il numero delle persone aventi diritto alla assistenza sanitaria.

Senza addentrarci in calcoli statistici è presumibile che esso comprenderà approssimativamente i 7/10 di tutta la popolazione e che nei Comuni minori, specie in quelli rurali, vi parteciperanno tutti, o quasi, gli abitanti. L'organizzazione di una assistenza sanitaria così estesa, tanto per numero di assistiti quanto per vastità di territorio e per complessità di funzioni, ha quindi bisogno di essere studiata con grande diligenza, perchè dal modo con cui verrà esercitata l'assistenza dipenderà la vita stessa dell'organo assicuratore. Bisogna evitare sopratutto la frantumazione dei servizi e la duplicazione degli organi esecutivi, bisogna coordinare la cura a domicilio con quella ambulatoria e con quella ospitaliera, bisogna assicurarsi la fornitura diretta dei medicinali, dei materiali di medicazione, dei presidii o sussidii terapeutici a prezzi mitissimi, bisogna, evitare tanto le creazione di sinecure quanto lo sperpero di energia e di danaro e sorvegliare che non avvengano collusioni fra medici ed assistiti a danno della Cassa, bisogna in una parola dare vita ad un organismo i cui organi lavorino efficacemente, nell'interesse collettivo, a mantenere l'unità del fine e l'armonia di tutte le funzioni.

Molto opportunamente quindi il progetto Gobbi propone come mezzo per raggiungere lo scopo la creazione di Istituti (provinciali o quasi) di previdenza sociale incaricati di eseguire e mantenere il coordinamento dei varii rami della assistenza sanitaria, il quale non potrebbe evidentemente essere compiuto dalle singole Casse.

Premesse queste notizie informative e queste considerazioni generali sulle proposte del professor Gobbi, notizie che erano necessarie per rendere il dovuto omaggio al relatore e per fissare bene i termini del problema, mi permetterò di

(1) Secondo il progetto Gobbi l'assicurazione è obbligatoria per le persone di ambo i sessi che hanno compiuto l'età di 15 anni e non superata quella di 65 anni e che prestano l'opera loro alla dipendenza di altri nelle seguenti qualità:

1° operai, garzoni, apprendisti, inservienti, assistenti, commessi, sorveglianti ed impiegati delle industrie, dei commerci e della agricoltura, comprese la caccia e la pesca, dei pubblici servizi, delle professioni liberali, compresi i maestri e gli istitutori e coloro che lavorano a domicilio per conto di altri;

2° domestici e persone addette sotto qualsiasi denominazione ai servizi privati.

Vi sono compresi i mezzadri e gli affittuari che prestano abitualmente opera manuale nelle rispettive aziende.

Vi sono pure obbligati i lavoratori indipendenti il cui guadagno annuo non superi L. 4200.

Sono esclusi invece: gli impiegati ed assimilati la cui retribuzione, ragguagliata a mese, superi L. 350 e gli impiegati delle pubbliche amministrazioni a cui siano assegnati, in caso di malattia, indennità, o compensi, o prestazioni in misura non inferiore a quelle fissate dalla legge sulla assicurazione contro le malattie.

esporre sommariamente alcune idee sui metodi che mi sembrano più adatti per ottenere una razionale applicazione del programma relativo alla assistenza sanitaria e sopratutto sulla forma dei rapporti che dovranno stabilirsi fra l'Istituto assicuratore e gli Enti o le Classi a cui essa era stata fino ad ora affidata, ossia fra l'Istituto provinciale di previdenza sociale da un lato ed il Comune, le Amministrazioni ospitaliere e la Classe sanitaria dall'altro.

Dopo le notizie più o meno esatte che sono state pubblicate da parecchi giornali, non credo di commettere una indiscrezione palesando che appunto sul modo di stabilire il detto coordinamento si è manifestato un dissenso irreconciliabile nel seno della sotto-commissione incaricata di esaminare il progetto Gobbi, dissenso che è stato per il momento composto mediante la preparazione di due schemi da sottoporre alla Commissione plenaria e che si è convenuto di chiamare col nome di programma minimo e di programma massimo. Per quanto riguarda i rapporti con la classe sanitaria ho l'assoluta convinzione che l'Istituto provinciale di previdenza sociale debba dare giusta soddisfazione agli interessi morali e materiali di questa, sia rispettando gli eventuali diritti acquisiti, sia facendo a tutti i suoi componenti condizioni di vita rispondenti alla loro dignità ed ai loro bisogni, e sia ancora creando ordinamenti tali che permettano ai migliori di sviluppare le loro capacità personali e di elevare la loro posizione, perchè l'Istituto comprometterebbe irrimediabilmente gli interessi sociali a lui affidati qualora credesse erroneamente di poter esercitare l'assistenza sanitaria mediante organi esecutori malcontenti od addirittura ostili.

Non posso però addentrarmi nell'esame degli interessi speciali dei medici, delle levatrici, degli infermieri e dei farmacisti.

Per quanto riguarda questi ultimi dirò soltanto che l'esercizio dell'assistenza farmaceutica in regime assicurativo mi sembra assolutamente incompatibile coll'esercizio privato delle farmacie, perchè le spese per la fornitura dei farmaci, degli oggetti di medicazione, dei sussidi terapeutici, ecc., assorbirebbero una quota troppo grande del premio di assicurazione. L'unica soluzione possibile sembra quindi l'esercizio diretto della farmacia da parte dell'Istituto, il quale, secondo i casi, potrà compensare l'opera del farmacista o mediante uno stipendio fisso oppure mediante una percentuale sulle forniture.

Per i medici, avendo seguito con attenzione i vari *desiderata* da essi formulati, devo confessare francamente che non mi sembra applicabile una soluzione uniforme per tutta la classe e che ritengo talune proposte troppo unilaterali, perchè rispecchiano soltanto gli interessi di qualche categoria. Uniche norme da osservare per l'assunzione in servizio mi sembrano quella del rispetto ai diritti acquisiti dai medici condotti e dai medici similari e l'altra che le ammissioni dei non aventi tali diritti siano regolate col sistema dei concorsi.

Norme speciali e ben determinate dovranno pure regolare le promozioni, il cambiamento di residenza nella provincia ed il trattamento di quiescenza, per evitare arbitrii o favoritismi e per assicurare ai sanitari vecchi ed agli inabili al lavoro una posizione economica conveniente. Ma mi sembrerebbe troppo pericoloso per le finanze dell'Istituto e per la efficienza del servizio stabilire dei minimi fissi di stipendio per tutti i sanitari, come pure conceder loro promozioni periodiche od altri simili benefizi, ad imitazione di quanto si fa per gli impiegati, perchè la retribuzione ed ogni altro premio devono essere commisurati soltanto al lavoro ed al rendimento individuale.

E ritengo inoltre, non ostante l'esempio inglese e germanico, che nel nostro paese sia impossibile stabilire una forma ed una misura unica di compenso per i medici e, rispettivamente, per le levatrici. Il sistema della capitazione, cioè di una quota fissa per persona, e quello di una quota per ogni visita devono e possono essere applicati in alcuni distretti sanitari, ma in altri si dovrà lasciare intatto il sistema a stipendio fisso, adottato ora per le condotte mediche ed ostetriche, ed in altri ancora si potrà temperarlo col sistema misto, costituito da una quota fissa ed una quota addizionale per ogni visita. Ben diversi infatti sono i bisogni e le condizioni di esercizio dei medici di città e di campagna e negli stessi Comuni rurali vi à troppa differenza fra quelli dove la popolazione è agglomerata e quelli a popolazione sparsa, in piano o in montagna, dove esistono ospedali e dove no, perchè si possa pensare ad adottare un sistema di compensi unico per tutti i medici e per tutte le visite.

Per tutte queste ragioni ritengo che sia impossibile stabilire nella legge qualunque norma relativa ai compensi dei sanitari e credo invece che convenga lasciare facoltà di adottare un metodo invece di un altro ai singoli Istituti provinciali di previdenza sociale.

Nè il silenzio eventuale della legge deve essere interpretato come una trascuranza dei diritti della classe sanitaria, perchè essa avrà egualmente modo di tutelarli efficacemente di fronte ai singoli Istituti, non solo ora ma in qualunque periodo ulteriore, mediante i suoi Ordini ufficiali o mediante le altre organizzazioni di classe che po-

tranno essere costituite a sua tutela. Del resto gli stessi medici interessati ànno intrapreso lo studio della questione e sapranno prospettarne in ogni provincia le soluzioni meglio rispondenti alle condizioni dell'ambiente.

I rapporti fra i Comuni e gli Istituti assicuratori vengono invece a mio avviso, semplificati in maniera facilmente risolutiva dalle premesse del nuovo Progetto di legge.

Bisogna intanto tenere presente che la estensione dei benefizi della assistenza sanitaria alle persone di famiglia dell'assicurato, conviventi con lui od a suo carico, deve essere considerata come un postulato cardinale della assicurazione contro le malattie, al quale non si può rinunziare senza compromettere irrimediabilmente l'essenza del principio informatore della legge. L'ossequio a questo postulato è consigliato dall'esempio degli altri Stati che lo ànno adottato primitivamente, oppure dopo gli ammaestramenti della esperienza, è imposto tanto da ragioni di giustizia sociale, le quali vogliono che sia data una eguale tutela alla salute del lavoratore ed a quella della sua famiglia, quanto da ragioni di profilassi pubblica, le quali comandano una uniformità di provvidenze curative e preventive in ogni ambiente dove esiste il pericolo di contagio, ed è richiesto inoltre imperiosamente da considerazioni di economia amministrativa, le quali ci insegnano da un lato che le spese generali del servizio saranno tanto meno sensibili quanto maggiore sarà il numero delle persone su cui verranno ripartite e dall'altro che l'unità dei servizi sanitari è indispensabile per ottenere il maggiore rendimento con la minore spesa.

Posta bene in chiaro questa necessità del sistema assicurativo ne risulta che tutte le persone le quali attualmente ànno diritto all'assistenza sanitaria gratuita a carico del Comune saranno assistite dall'Istituto assicuratore.

Unica eccezione sarà fatta da quei poveri i quali non solo non possono essere assicurati perchè non compiono alcun lavoro produttivo, ma non possono essere assistiti nel senso sanitario perchè non convivono neppure con alcun parente assicurato. Ma questa categoria è costituita esclusivamente dai mendicanti abbandonati o girovaghi, il numero dei quali non può superare il dieci per mille della popolazione.

E' logico ed è conveniente dal punto di vista economico che il Comune provveda direttamente e mediante organi propri all'assistenza medico-chirurgica, ostetrica e farmaceutica di questo esiguo numero di individui, il quale forse non può neppure essere raggiunto dall'assistenza sanitaria per mancanza di domicilio, oppure non è sotto ogni rispetto preferibile che il Comune ne dia l'incarico all'Istituto assicuratore? I doveri del Comune in materia di assistenza sanitaria dovranno dunque cessare *ipso facto* perchè gli mancheranno le persone da assistere.

Questo trapasso di funzioni e di doveri dal Comune all'Istituto assicuratore non porta alcuna variazione ai doveri ed ai diritti che la legge sanitaria assegna al primo in materia di vigilanza igienica, non turba i suoi interessi nè quelli dei suoi amministrati e non presenterà in linea di fatto altra difficoltà se non quella di stabilire quali compensi debba dare il Comune all'Istituto che gli subentra nelle attribuzioni e negli oneri e di dettare qualche norma per assicurare l'assistenza sanitaria, a condizioni non troppo gravose, agli agiati non assicurati, dimoranti nei Comuni dove eserciti un solo medico. Ma sarà un compito relativamente facile.

Nè i Comuni avranno a dolersi dal lato finanziario di questo esonero, (come moltissimi fra essi non si sono doluti, anzi si sono avvantaggiati, dalla avocazione delle scuole elementari all'Ente provinciale istituito presso il Provveditore agli studi) perchè difficilmente si potrà chiedere loro un contributo superiore alla spesa che ora sopportano per l'assistenza sanitaria e saranno liberati dall'incubo degli aumenti futuri delle spese, specialmente di quelle di spedalità.

Neppure si dovrà temere soverchiamente l'infrazione del principio di diritto che considera la assistenza sanitaria come un compito di Stato avente per fine il benessere e la pace sociale ed il Comune come un mandatario dello Stato, perchè lo Stato nulla perde della sua autorità e del diritto di vigilanza sull'esercizio quando questo sia trasferito dal Comune all'Istituto assicuratore che ne assume la responsabilità e che deve uniformarsi alle leggi generali da quello emanate. Ed infine non mi sembra che possano costituire argomenti serii contro la riforma nè il sentimento di misoneismo, nè l'ossequio tradizionale alle benemerenze acquisite dallo istituto della condotta medica comunale durante una vita millenaria nella quale essa ha costituito uno degli indizi più veri e maggiori della civiltà italiana.

Maggiori difficoltà invece ritengo che si dovranno incontrare nella sistemazione dei rapporti fra l'Istituto assicuratore e gli Enti ospitalieri. Ragioni superiori di unità di indirizzo nella assistenza sanitaria e di economia nell'esercizio consiglierebbero di affidare al primo la gestione diretta di tutti gli istituti di cura, perchè possa valersene in conformità dei bisogni degli assistiti, tenendo conto specialmente delle esigenze

terapeutiche di ogni malattia e delle condizioni più o meno favorevoli che può offrire il domicilio di ciascun malato per soddisfarle.

Una prima obiezione a tale progetto potrebbe essere fondata sul timore di vedere misconosciuti i diritti di prelazione o di speciale trattamento che le tavole di fondazione di ciascun ospedale contenessero eventualmente a favore di talune categorie di infermi. Ma avrebbe poca importanza, perchè l'Istituto assicuratore rimarrebbe anch'esso obbligato così al rispetto di simili diritti come all'adempimento di quegli altri doveri che fossero imposti dalla legge sulla pubblica beneficienza (art. 79 — ammissioni di urgenza) oppure da altre leggi (ammissione di malati celtici, ecc.).

Molto più grave sarebbe invece il pericolo prospettano da qualcuno di produrre l'assottigliamento od anche l'inaridimento dei rivoli della pubblica beneficenza che ancora alimentano le casse degli ospedali, sebbene in misura non più tanto cospicua come per l'addietro. L'ammontare dei lasciti fatti a preesistenti istituzioni e delle somme destinate a nuove fondazioni che esercitano l'assistenza ospitaliera, (esclusi i brefotrofi, i manicomi, le maternità e gli ospizi per cronici ed incurabili) è stato infatti nel quindicennio 1901-1915 di lire 110,997,556, ossia presso a poco di 7 milioni e mezzo di lire all'anno. La cifra è per se stessa rilevante, ma non troppo considerevole se si confronta coi 150 milioni annui che secondo le previsioni più modeste verrà a costare l'assistenza ospitaliera in tutto il Regno a carico degli istituti assicuratori.

Per giudicare approssimativamente l'entità della perdita cui si andrebbe incontro, bisognerebbe conoscere quanta parte dei 7 milioni e mezzo provengono da lasciti e donazioni dei privati e quanta da elargizioni di istituti bancari od industriali e di Casse di risparmio, oppure da stanziamenti nei bilanci dei Comuni e delle Provincie, perchè non è irragionevole supporre che mentre le risorse della prima specie verrebbero a mancare quasi totalmente, continuerebbero invece ad affluire quelle della seconda e della terza categoria. Ed inoltre bisognerebbe poter calcolare l'entità delle economie che si potrebbero realizzare sia mediante il concentramento degli istituti ospitalieri (voluto dalla legge del 1890 e mai eseguito a causa della resistenza degli elementi locali interessati) sia mediante le minori spese di amministrazione e di esercizio, che deriverebbero inevitabilmente dal coordinamento della assistenza ospitaliera con quella a domicilio e nell'ambulatorio. Tuttavia l'obiezione ha una forza suggestiva sulla opinione pubblica di cui bisogna tenere molto conto.

Ma la ragione precipua e determinante che si oppone al passaggio puro e semplice degli ospedali alla dipendenza diretta dei nuovi istituti assicuratori, sta, a mio giudizio, nelle insuperabili difficoltà che questi dovrebbero incontrare per amministrarli. Si tratta di istituti nuovi, a cui è addossato già il grave compito di creare e di organizzare molti e varii servizi, di assumere e sorvegliare un personale numerosissimo, di esigere quote e distribuire indennità, sussidii, ecc., e che quindi non potrebbero sopportare anche l'altro onere di assumere subito l'esercizio degli ospedali. Tale compito già per se ponderosissimo, verrebbe poi notevolmente aggravato dalla necessità di amministrare i relativi patrimoni, che sono ancora costituiti, in notevole parte, da beni immobili. Ed ancora, le difficoltà sarebbero certamente moltiplicate qualora, come sarebbe logico dal punto di vista del tecnicismo assicuratore-terapeutico, si dovessero comprendere fra gli istituti ospitalieri non solo gli ospedali comuni, ma anche quelli specializzati quali sono per es. i manicomi, i brefotrofi, i sanatorii, le maternità, ecc. ecc.

Per tutte queste ragioni ritengo che gli istituti assicuratori non avranno la capacità e la convenienza di assumere la gestione diretta degli ospedali e degli altri istituti terapeutici esistenti fino a che non abbiano normalizzata la funzione assicurativa ed accumulata una larga esperienza sull'esercizio nosocomiale mediante la costruzione di ospedali proprii.

Ma è evidente d'altra parte che i loro rapporti con le amministrazioni ospitaliere non possono limitarsi al pagamento delle rette per le diarie di degenza consumate dai proprii soci o dalle loro famiglie, sia pure a condizioni di favore per quanto riguarda il costo. Essi dovrebbero almeno domandare di essere esonerati dal pagamento delle diarie consumate da quelli fra i loro assistiti i quali godono già del diritto alla cura ospitaliera nelle loro qualità di poveri. Ma le Amministrazioni ospitaliere potrebbero facilmente rendere illusorio questo beneficio sia col dare alla parola poveri una interpretazione molto restrittiva, sia col fare una scelta arbitraria fra i poveri che chiedono il ricovero in un dato momento, e sia ancora col prolungare la degenza dei poveri preferiti dagli amministratori. Si verrebbe in tal guisa a creare un antagonismo di interessi che porterebbero un notevole aggravio alle finanze degli Istituti assicuratori e, sopratutto, si determinerebbe un grave perturbamento nella funzione di assistenza che questi devono esercitare. Infatti molti poveri che potrebbero essere curati benissimo a domicilio troverebbero facilmente il modo di farsi accogliere nell'ospe-

dale, mentre l'Istituto dovrebbe poi pagare il costo della degenza in questo per gli altri malati i quali non possono essere curati a casa o per la natura della loro malattia o per le condizioni inadatte della loro abitazione.

Per evitare così gravi inconvenienti riterrei quindi necessario introdurre nella legge una disposizione la quale, pur lasciando intatta l'autonomia amministrativa degli Enti ospitalieri e di tutti gli Istituti pubblici di cura in generale, e rispettando tanto i diritti al ricovero privilegiato sanciti dai rispettivi statuti a benefizio di talune categorie di persone, quanto gli obblighi imposti da altre leggi per il ricovero di determinate specie di malati (ammissioni di urgenza, mentecatti, malati celtici, ecc.) conferisse all'Istituto assicuratore il diritto di controllare la ammissione e la durata della degenza di tutti gli altri malati. I due Enti dovrebbero essere perciò obbligati a fare una convenzione per stabilire le modalità con cui tale diritto potrebbe essere esercitato praticamente e per determinare il costo di ogni giornata di degenza, il quale, naturalmente, dovrebbe essere valutato al netto delle rendite che l'ospedale avrebbe potuto e dovuto destinare alla cura dei poveri.

Nutro piena fiducia che le Amministrazioni ospitaliere lungimiranti non rifiuterebbero di dividere con l'Istituto assicuratore la incondizionata libertà di ammissione di cui sono attualmente investite considerando che essa ha spesso soltanto un valore astratto, perchè presso quasi tutti gli ospedali la ressa dei malati chiedenti di esservi ammessi è tale che gli amministratori non possono esercitare praticamente il dirito di scelta. La collaborazione invece dell'Istituto assicuratore, diventato il loro massimo se non l'unico cliente, fornirebbe alle Amministrazioni ospitaliere i larghi mezzi di cui hanno bisogno non solo per superare le gravi difficoltà finanziarie fra cui ora si dibattono, ma anche per migliorare ed ampliare locali e servizi, come dimostra luminosamente l'esempio di tutti gli altri Stati.

L'Istituto suddetto ritrarrebbe a sua volta grandi vantaggi da una tale disposizione di legge nei riguardi dell'ordinamento tecnico dell'assistenza, perchè esso acquisterebbe il diritto di riservare i posti disponibili negli ospedali ai malati che ne hanno veramente bisogno, escludendone gli altri. Nè i vantaggi sarebbero minori nel campo finanziario, perchè il costo della giornata di degenza che essi dovrebbero pagare sarebbe diminuito notevolmente dal concorso delle rendite ospitaliere. I poveri infine, assicurati o no, conserverebbero intatti i loro diritti, anzi avrebbero la sicurezza di non vederli frustrati, quando avessero veramente bisogno di ricovero negli ospedali, da eventuali favoritismi fatti da taluni amministratori a vantaggio dei meno meritevoli.

La soluzione suddetta soddisferebbe quindi ai bisogni ed agli interessi di tutte le parti.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società lombarda di Scienze Mediche e Biologiche Milano.

Seduta del 13 giugno 1919

Presidenza del prof. DEVOTO.

Di una importante ricerca nei traumatizzati del capo.

BOVERI P. — Nei centri neurologici di Alessandria, di Genova e di Milano, ha avuto la opportunità di studiare sistematicamente, in un numero grande di feriti cranici, il comportamento del campo visivo e lo stato della papilla ottica e della retina.

Dalle ricerche fatte gli è risultato che in tutti i feriti cranici e nella maggior parte dei commozionati cerebrali esiste, anche a distanza di molti mesi dal trauma, una diminuzione del campo visivo. La diminuzione verte in modo particolare nella zona visiva superiore, con riduzione di 20, 30, 35 gradi (perimetro Pedrazzoli). Sembra esistere un rapporto un po' grossolano fra la vastità della lesione e la diminuzione del campo visivo. Notevole è la riduzione del campo visivo nelle lesioni della regione frontale. Nei commozionati cerebrali il detto sintoma dura per moltissimo tempo. Nei feriti cranici si osservano alterazioni della papilla ottica e della retina, alterazioni che sono i reliquati di una papillite e di una neuroretinite. L'O. pensa che la patogenesi di tali lesioni oculari debba riferirsi in primo luogo alle turbe circolatorie certamente profonde allorquando è lesa la teca ossea e quindi le meningi; ed in secondo luogo alla commozione cerebrale di per sè, allo choc della massa encefalica.

Un interessante caso di tumore del mesencefalo.

MEDEA E. — L'O. riferisce brevemente il caso di un giovane soldato da lui studiato, nel quale fu possibile in vita la diagnosi esatta di localizzazione e di natura di una neoplasia (tubercolare) in rapporto alle eminenze bigemine di destra. Il caso va caratterizzato, oltre che da emparesi sinistra, da paralisi dello sguardo verso l'alto d'ambo i lati (sintoma di Bruns), da paresi

multiple degli oculomotori e da spiccata dismetria e atropia di tipo cerebellare. Inoltre qualche disurbo dell'udito (paracusie) a sinistra. In questo caso la diagnosi differenziale tra una affezione delle bigemine e una lesione cerebellare (del verme) si basò principalmente sull'interessamento spiccato e prevalente e iniziale dei disturbi degli oculomotori, in confronto degli enormi disturbi di coordinazione a tipo cerebellare comparsi però alquanto dopo. Il caso sarebbe insomma più favorevole alla dottrina di Bruns che non a quella di Nothnagel. All'autopsia tubercolo prevalentemente a destra interessante le eminenze quadrigemine, la cuffia e in parte il piede del peduncolo cerebrale di destra. Interessante il fatto che esisteva una ipoestesia sinistra compreso il viso. L'O. presenta anche le sezioni in serie di un altro caso analogo.

Reazioni termiche da chinino nei malarici.

TEMPINI M. — Secondo le osservazioni fatte dall'A. nella Sezione Specializzata Militare per Malarici, di Milano, sopra trecento ammalati, in circa il 10 % dei malarici recidivi e largamente chininizzati, quando viene di nuovo somministrato del chinino dopo un periodo non minore di cinque-dieci giorni di sospensione, si osservano delle reazioni termiche di modico grado (38-38,5° c.) che non assumono i caratteri della febbre malarica, non turbano molto lo stato generale dei pazienti, insorgono qualche ora dopo la presa del chinino e si risolvono presto, con o senza modica sudorazione. Queste reazioni termiche da chinino non si osservano in altri malati pure chininizzati, ma non malarici. La genesi di queste reazioni termiche non è di facile interpretazione, per quanto venga fatto di pensare a fatti di anafilassi. La clinica della malaria deve tuttavia tenerne calcolo per interpretarle esattamente. In un certo senso possono essere utilizzate per ammettere l'infezione palustre con manifestazioni recenti e recentemente trattate con chinino.

LUIGI PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le distorsioni del ginocchio.

Si producono, il più spesso, in seguito ad un traumatismo, che provoca una torsione del ginocchio, quale la caduta in una buca, la caduta da bicicletta, ecc. La sindrome iniziale è comune a tutte le varietà anatomiche: versamento sanguigno che riempie la sinoviale, dolore vivo che costringe l'ammalato al riposo. L'immobilizzazione va ridotta al minimo: al secondo, terzo giorno, si evacua l'emartro con la puntura aspiratrice, o meglio per mezzo di un bistorì, in modo da poter fare uscire i coaguli; si iniziano poi i movimenti, il massaggio, il cammino ed una ginnastica attiva, allo scopo di compiere il riassorbimento e di evitare l'atrofia della coscia. In tal modo nelle lesioni leggere della capsula, si potrà avere il ritorno all'integrità funzionale.

Subito dopo l'evacuazione del liquido si potranno riconoscere le eventuali lesioni gravi, ricercando i movimenti anormali (di lateralità se sono strappati i legamenti laterali, di traslazione indietro ed avanti, se sono lesi i legamenti crociati); la radiografia farà riconoscere il distacco di piccole parti od una fessura della tuberosità; si potrà così stabilire la prognosi ed evitare che l'ammalato, imperfettamente guarito, vada soggetto a ricadute per un passo falso, a versamenti nella sinoviale per una marcia un po' lunga, ad atrofia della coscia. La ripetizione di questi disturbi, la nozione di un traumatismo anteriore debbono fare ricercare la lesione delle superficî articolari, dei menischi o dei legamenti crociati.

Il *distacco parcellare* (P. Sourday: *Journ. d. Praticien,* 7 giugno 1919) ha lasciato libero un piccolo frammento osseo od articolare che può ficcarsi fra le superfici articolari ed irritare la sinoviale. Talvolta il frammento è avvertito dallo stesso ammalato, tal'altra è rivelato dalla radiografia: esso viene estratto con una piccola incisione del cul di sacco sinoviale superiore o laterale, e se la sinovite non è inveterata, oppure non vi sono altre lesioni, si ha il ripristinamento delle funzioni.

Le sequele delle distorsioni, quali atrofia, idartro a ripetizione, arresto doloroso dell'articolazione possono essere dovuti allo *strappamento, infiammazione, deformazione del menisco interarticolare,* specialmente l'interno. Si ha per lo più una sintomatologia dolorosa con blocco dell'articolazione; il punto doloroso è localizzabile lateralmente nell'interlinea articolare ed ai lati

del tendine rotuleo; talvolta il menisco è percettibile alla palpazione.

Lo strappamento e la distensione dei legamenti crociati porta con sè un rilassamento articolare, con passi falsi, distorsioni recidivanti, idartro dopo un salto, zoppicatura, atrofia. In tali condizioni si può imprimere alla tibia un movimento di scivolamento in avanti ed anche una torsione dall'esterno all'interno.

Il trattamento di queste lesioni è unicamente operativo; un' artrotomia sufficiente per esplorare largamente l'articolazione farà riconoscere gli stati patologici, troppo spesso misconosciuti e quindi mal trattati, che lasciano nell'individuo una invalidità permanente. Invece l'estirpazione totale del menisco dà una guarigione definitiva, e la sutura o la fissazione dei legamenti portano il più delle volte a risultati favorevoli.

r. s.

Il metodo di Willems nel trattamento delle artriti purulente.

Contrariamente all' opinione dominante sulla necessità di immobilizzazione nel trattamento delle artriti purulente, il chirurgo belga Willems (P. Chastenet de Gery: *Gazette des hôpitaux,* 19 giugno 1919) adotta un metodo che comprende un'artrotomia semplice e la mobilizzazione attiva immediata. In questo modo si provoca la completa fuoriuscita del pus, meglio che con qualsiasi drenaggio: per convincersene, basta osservare quanto avviene nell'artrite purulenta del ginocchio, dopo l'incisione. Mentre l'ammalato flette ed estende la gamba, si vede uscire dall'incisione il pus, talvolta anche a getto: la flessione svuota sopratutto i cul di sacco laterali e quello tricipitale, mentre l'estensione ha effetto specialmente sull'interlinea.

L'incisione va praticata al ginocchio secondo l'artrotomia classica pararotulea, al gomito con l'artrotomia esterna; l'articolazione tibio-tarsica va aperta all'esterno, la spalla in avanti, il polso in addietro, lungo il margine esterno dell'estensore dell'indice. Di solito una sola incisione è sufficiente.

La *mobilizzazione deve essere immediata* ed incominciare subito, al risveglio dall'anestesia; essa poi deve essere *attiva,* fatta cioè per contrazione dei muscoli dello stesso paziente, deve essere spinta fino al massimo possibile e continuata, per così dire, ininterrotamente. Non si deve lasciare alcun drenaggio nell'articolazione: la medicatura sarà semplice e leggera, in modo da non intralciare i movimenti. *La mobilizzazione passiva è dannosa* ed *è per lo meno inutile,* poichè in essa non interviene la contrazione muscolare.

I movimenti essenziali da eseguire sono per il gomito la flessione e l'estensione, per la spalla l'abduzione; altri movimenti si potranno fare in seguito. Per le articolazioni dell' arto inferiore sono necessarie la flessione e l'estensione e non appena possibile il cammino, da iniziarsi ben prima della cicatrizzazione.

Su un'artrite così aperta e mobilizzata, la suppurazione diminuisce progressivamente e dopo un certo tempo — che raggiunge sempre diverse settimane — si riduce a poche goccie, fino a cessare. La ferita è abbondantemente granuleggiante, la sinoviale rossa ed edematosa, ma le cartilagini hanno aspetto normale, i tessuti periarticolari sono trattabili ed indolori. A suppurazione finita, si procederà alla sutura secondaria, prudentemente e progressivamente. Con tale trattamento, gli ascessi periarticolari non si verificano, la temperatura si mantiene abbastanza bassa, non oltrepassando i 38°, salvo che vi sia un po' di ritenzione. Lo stato generale è buono, i muscoli incominciano a lavorare e non si atrofizzano, l'anchilosi è evitata.

La mobilizzazione non è dolorosa, quanto si potrebbe credere; sebbene vi siano certamente differenze individuali: più che altro i movimenti sono laboriosi, specialmente dopo il riposo della notte: per questo essi vanno ripetuti il più spesso possibile e quasi ininterrottamente.

Le sole controindicazioni all'applicazione del metodo sono le distruzioni primitive dell'apparecchio muscolo-legamentoso dell'articolazione e le distruzioni ossee estese.

Dalle statistiche risulta l' efficacia di questo trattamento, che non è ancora stato largamente applicato, perchè urta contro abitudini terapeutiche antiche e per le difficoltà apparenti che offre la sua esecuzione esatta da parte dell'ammalato come del chirurgo. Ma non si può contestare il suo valore reale, e si deve sperare che esso abbia nella pratica il posto che merita.

r. s.

Il trattamento delle artriti tubercolari con la radioterapia.

Reboul, Rudis-Jicinsky, Redard e numerosi altri chirurghi hanno pubblicato già osservazioni varie di artriti tubercolari nelle quali ottennero insperatamente con la radioterapia ottimi risultati. Altre tre osservazioni vengono ora ad aggiungersi, fatte da Briton (A. Briton - *La Presse Médicale,* n. 33, 1919).

Nel primo caso si trattava di una giovanetta di 17 anni clinicamente e radiograficamente affetta da artrite tubercolare al piede destro.

Cominciato il trattamento radioterapico con irradiazioni di raggi X dell'intensità di circa 4 *H*

e con raggi filtrati sotto 1 mm. di alluminio al principio, in seguito sotto 2 mm., alla fine del 3° mese non si avvertiva più il senso di impastamento. Al 6° mese l'articolazione aveva un aspetto normale, indolente spontaneamente ed alla palpazione. La radiografia mostrava un'interlinea articolare molto più netta e diminuita la decalcificazione.

Nel 2° caso l'identico trattamento radioterapico fu eseguito a carico dell'articolazione del gomito destro in una giovanetta di 27 anni affetta anche essa da artrite tubercolare. Aveva già subìto 3 raschiamenti. Già dalle prime applicazioni la malata prova sollievo: la regressione delle fungosità è più rapida che nel caso precedente. Due mesi dopo, l'articolazione è completamente secca ed il miglioramento ottenuto si mantiene nei mesi successivi.

Oggetto della terza osservazione fu un uomo di 28 anni con tubercolosi vertebrale a carico della 4-a e 5-a lombare, presentante ancora non cicatrizzata la ferita operatoria subìta per raschiamento due mesi prima. Cominciate le applicazioni radioterapiche con irradiazioni quotidiane a periodi di 15 giorni, dopo vari mesi di cura la cicatrice lombare era colmata, chiusi i seni fistolosi. Non si riebbe alcuna ricaduta.

L'A., pur non attribuendo il valore di toccasana, per tutti i casi di tubercolosi ossea od articolare, alla radioterapia, ammette, specie in base al secondo caso citato, una reale azione curativa dei raggi X, in mani esperte però: azione degna di esser conosciuta da tutti. *r. s.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione di alcuni medicamenti sul senso della fame.

Le sensazioni di appetitto e di fame sono determinate precipuamente nello stomaco vuoto o quasi, dalla tonicità normale dell'organo e, sopra tutto, dalle sue contrazioni, le quali fanno aumentare parossisticamente la pressione endogastrica.

Questa funzione motoria dello stomaco è regolata: 1° dai vaghi, i quali risentono e trasmettono gl'impulsi che determinano la tonicità, la peristalsi e l'antiperistalsi; 2° dagli splancnici, i quali esercitano invece un'azione inibitoria; 3° da un sistema gangliare autonomo contenuto nelle pareti stesse dello stomaco ed il cui compito regolatore, notevolissimo, è dimostrato dal fatto che, sezionando i vaghi e gli splancnici, dopo un periodo di paralisi l'attività motoria dello stomaco si ripristina.

Sul senso della fame esercitano effetti ben noti alcuni stati fisiologici e patologici ed alcune medicine. L'eccitamento psichico, la collera, la paura lo inibiscono. L'acqua, gli alcalini, gli acidi, il cibo (sia ingerito, sia introdotto nello stomaco attraverso una fistola gastrica) spengono anch'essi il senso della fame. Tutte le senzazioni sapide della bocca sogliono essere accompagnate da inibizione. La febbre suol essere accompagnata da anoressia; ma nei tubercolotici avanzati, malgrado la febbre alta, il senso della fame può essere sviluppatissimo. Altrettanto si osserva nei diabetici, che sono sempre dei polifagici. Una conferma della violenza delle contrazioni gastriche nel diabete ci è data da alcune ricerche sul diabete pancreatico sperimentale. Molto intense sogliono essere anche le contrazioni gastriche nel primo periodo dell'inanizione da inedia.

Nel neonato le *contrazioni della fame* sono ancora più energiche che nell'adulto (come hanno dimostrato Carton ed i suoi collaboratori); più ancora lo sono nel prematuro (Taylor).

Interessanti esperienze sono state eseguite da H. Giusburg e I. Tumpowsky (*Archives of internal Medicine*, 1918, n. 5), nel laboratorio di fisiologia di Chicago, per studiare l'azione che certi medicamenti esercitano sulle contrazioni gastriche, le quali si estrinsecano con la sensazione della fame.

Gli AA. introducevano un palloncino di gomma nello stomaco dei cani attraverso una fistola gastrica, e registravano graficamente gli effetti delle sostanze somministrate sulla contrattilità.

In alcuni cani praticarono la sezione dei vaghi e degli splancnici, per sottrarre lo stomaco all'innervazione periferica; ma nel maggior numero degli animali da esperimento l'innervazione gastrica venne lasciata intatta.

Diamo i principali risultati di queste esperienze.

Adrenalina. — Paralizza a lungo le contrazioni gastriche. Per produrre questo effetto basta la dose infinitesimale che può essere assorbita eseguendo una polverizzazione all'1:30.000 sui margini della fistola gastrica. Più lenta è l'azione del medicinale per via ipodermica.

Atropina. — Il solfato di atropina per via ipodermica inibisce costantemente le contrazioni. Manifesta la sua azione dopo 5-10 minuti, in modo improvviso, netto e persistente. Si comporta come antagonista della pilocarpina e dell'eserina.

Cocaina. — Determina inibizione marcatissima il che spiega come attenui il senso della fame.

Nitrito d'amile. — Determina inibizione fugace, che cessa col cessare dell'inalazione.

Stricnina. — Sebbene venga usata così largamente per ottenerne un'azione tonica sullo stomaco, sperimentalmente non è stata attiva.

Canfora. — L'olio canforato per via intramuscolare a larga dose provoca contrazioni intense, frequenti, persistenti.

Segala cornuta. — L'estratto di segala cornuta

fluida fa aumentare le contrazioni. Per via endovenosa l'ergotina dà inibizione transitoria, seguita da diminuzione di tono e poi da contrazioni.

Pilocarpina. — Dopo 5-10 minuti stimola le contrazioni, anche se paralizzate in precedenza dell'atropina. Una nuova dose di questo alcaloide le arresta di nuovo.

Eserina. — Stimola anch'essa le contrazioni, dopo un certo periodo di latenza, sovratutto se somministrata per via endovenosa; la sua azione dura 4 ore.

Tanto la pilocarpina quanto l'eserina fanno rallentare il polso, fino a 50 battute; quest'azione perdura quanto quella sullo stomaco.

Molte delle sostanze sperimentate — adrenalina, atropina, eserina — agiscono anche sullo stomaco « isolato », cioè dopo aver sezionato i tronchi nervosi che vi si distribuiscono.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(0000). *Rifornimenti nel pneumotorace artificiale terapeutico* — All'ass. n. 3478: Fin dalle prime comunicazioni, il Forlanini avvertiva che, qualunque sia il gas adoperato per comprimere il polmone, l'immobilizzazione, ottenuta all'atto della produzione del pneumotorace, non può conservarsi, poichè il gas introdotto nella pleura più o meno rapidamente si riassorbe. L'azoto è il gas che risponde meglio allo scopo, perchè esso si riassorbe lentamente.

Perchè l'immobilizzazione del polmone si mantenga colla voluta, rigorosa continuità sarebbe necessario che fosse continuamente rifornita la pleura, nella misura del riassorbimento, e tale possibilità in pratica non è attuabile. Il Forlanini stesso propose di ovviare al difetto tecnico « con pneumotoraci *di pressione più alta della atmosferica*, e colla frequenza dei rifornimenti; il ripiego è sufficiente, quando l'immobilizzazione non incontra ostacoli ». Nelle parole dello scopritore del metodo è l'indicazione migliore per i criteri che devono servire di guida: la pressione misurata dal manometro dell'apparecchio dirà delle condizioni che permettono o impediscono l'espansione polmonare; i primi rifornimenti, caso per caso, consiglieranno rifornimenti più o meno frequenti, a seconda del rapido o lento riassorbimento dell'azoto introdotto.

Naturalmente prodotto il pneumotorace terapeutico, i mezzi fisici e i criteri clinici a nulla valgono per giudicare se il polmone è completamente compresso o cominci ad espandersi; essi riacquistano il loro valore quando il pneumotorace va quasi scomparendo e le escursioni polmonari possono essere controllate da tutti gli espedienti comuni di semeiotica, dall'ispezione alla percussione, all'ascoltazione.

l. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*).

Goggia prof. C. P. *Formulario ragionato di clinica medica terapeutica.* IV edizione ampliata. Un vol. in-16° di pag. 690, con figure. V. Idelson, ed. Napoli. Prezzo lire 15.

In questo suo lavoro l'A. anzichè fare una lunga raccolta di ricette per ogni forma morbosa, dà delle indicazioni pratiche sull'azione di ogni categoria di medicamenti, in modo che riesca facile e spedita al medico la scelta e la prescrizione del rimedio. In un capitolo speciale, poi, è trattata in modo quasi schematico la cura delle principali malattie nelle loro svariate manifestazioni e nei diversi momenti, conformemente ai metodi indicati nel formulario.

Larga parte è fatta alla terapia dietetica ed alla tecnica terapeutica, due argomenti per i quali il giovane medico si trova spesso imbarazzato. Il volume è completato da tabelle posologiche, da elenchi ragionati delle acque minerali, da cenni sulle analisi delle urine, sugli avvelenamenti, sulle disinfezioni, ecc. Un copioso e comodo indice alfabetico facilita le ricerche.

Qualche indicazione, come p. e. la prescrizione della maretina, potrà forse non incontrare il generale consensó, ma nel complesso il libro, fatto con intenti essenzialmente pratici, risponde bene al suo scopo.

r. s.

Ralf Winningtdn Leftwich. *Aids to rational therapeutics.* Un vol in-16° di pag. 230, rilegato. Baillière, Tindall & Cox, editori, Londra. Prezzo scellini 3.

Con questo suo libro, l'A. ha voluto battere una strada diversa dai soliti testi, che trattano le malattie secondo l'organo affetto. Tale metodo sarebbe utile per le diagnosi, ma non scientifico, nè comodo per la terapia, sia perchè le diverse malattie di uno stesso organo non hanno spesso relazione fra loro, sia perchè si è costretti in tal guisa a frequenti ripetizioni.

L'A. invece riunisce le malattie per gruppi, i quali, pure trattandosi di organi diversi, comportano analoghe indicazioni terapeutiche: abbiamo così il gruppo iperemico, il catarrale, lo emorragico, il reumatico, il sifilitico, il neuralgico. Tale sistema può forse offrire qualche vantaggio didattico, ma porta all'inconveniente di mettere nello stesso gruppo affezioni alquanto disparate (come p. e. l'emottisi e la dissenteria), e di collocare tutti insieme in una specie di zibaldone le forme, che non sono rientrate nei gruppi precedenti; così si trovano nella stessa categoria il cancro, la congiuntivite, le emorroidi, l'insonnia, ecc. Ad ogni modo il tentativo dell'A. va tenuto in considerazione e può in qualche caso essere di qualche utilità.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ai medici italiani.

Come abbiamo già annunziato, nei giorni 6-9 ottobre avrà luogo in Trieste il Congresso medico che assume in quest'anno una speciale importanza scientifica e patriottica.

Scientifica perchè in esso si avrà una serie di rapporti sulle acquisizioni fatte nelle varie branche della Medicina interna durante la guerra.

La produzione scientifica durante i tristi anni di guerra non si è rallentata, ma per ovvie ragioni non ha subito quell'opera di controllo, di revisione, di sistemazione che ordinariamente si fa nelle scuole bene organizzate. Spetta al prossimo Congresso colmare questa lacuna. I medici italiani pur nelle ansie della guerra, nella cura vigile dei nostri gloriosi feriti e malati, non hanno perduta l'abitudine di studiare, di osservare, di indagare. Un cospicuo lavoro è stato fatto che ora deve subire il vaglio della discussione orale.

Ma il Congresso che si terrà questo anno nella città redenta oltre alla notevole importanza scientifica ha un alto significato nazionale. I medici italiani che nelle trincee o negli ospedali campali hanno affrontato e sopportato ogni sorta di disagio e di fatica recandosi a Trieste sapranno come i loro sacrificî non sono stati inutili. Per la prima volta tutti i medici italiani potranno assistere ad un congresso nazionale, per la prima volta vi saranno colleghi che potranno impunemente dichiararsi italiani. Il Congresso medico di Trieste sarà perciò un rito ed una consacrazione. Nessun medico italiano dovrebbe mancarvi.

Associazione fra i Medici-Chirurghi della provincia di Roma.

L'Associazione fra i medici-chirurghi liberi esercenti nella provincia di Roma, in una assemblea oltremodo numerosa, svoltasi nell'aula dell'Istituto di Anatomia umana, ha commemorato con nobili commosse parole il prof. Giulio Marchesi, primario degli Ospedali di Roma, e il prof. Augusto Tamburini, direttore della Clinica Psichiatrica di questa R. Università. L'assemblea ha udito quindi con soddisfazione la comunicazione fatta dal presidente dell'ordine dei medici, dott. Ballerini, sul deliberato preso dal Consiglio Provinciale di corrispondere ai medici condotti L. 6500 quale minimo di stipendio, e per avere il Ministro di Grazia e Giustizia chiamato a far parte della Commissione di revisione della tariffa per le perizie giudiziarie il Presidente dell'Ordine stesso; fu poi rivolto un plauso all'opera finora rivolta in favore della classe sanitaria all'on. Dorè, al prof. V. Ascoli, ai dottori Villa e De Gregorio.

Venne quindi — per richiesta inversione dell'ordine del giorno che sarà completato in una prossima seduta — discussa lungamente la tariffa professionale per la quale si sono incontrate non lievi difficoltà inerenti sopratutto alla diversità nelle condizioni finanziarie dei vari clienti, alla posizione scientifica dei singoli sanitari e alla varietà dei casi clinici, così diversi uno dall'altro.

Constatato però che per i non abbienti si provvede sia con l'assistenza ospitaliera, sia con quella ambulatoria e a domicilio, col medico condotto e colle varie Istituzioni della beneficenza cittadina, si è stabilito che la tariffa delle visite mediche debba essere portata come minimo a L. 10, non consentendosi riduzioni altro che in casi assolutamente eccezionali e mai al disotto di lire 5.

Tali onorari non riguardano la visita unica, diagnostica, la visita di urgenza, quella notturna, il consulto, i certificati, ecc., per i quali si convenne per una tariffa speciale che non potrà mai essere al disotto del doppio della visita comune.

***

Il prof. Giuseppe Montesano, quale presidente dell'Associazione fra i medici chirurgi liberi esercenti nella Provincia di Roma, ha rivolto il seguente invito ai presidenti delle Associazioni consorelle d'Italia:

« In una recente assemblea, la nostra Associazione ha deliberato di promuovere una confederazione fra tutte le consorelle di Italia.

« Non crediamo sia necessario far rilevare la necessità più che l'opportunità di tale Federazione nel momento in cui tutte le classi si organizzano e stanno per discutersi importanti progetti di legge, che tendono a statizzare l'opera del medico e limitare il libero esercizio. A noi medici, che avemmo sempre elevatissimo il sentimento della professione a fini umanitari prima di onesto lucro, incombe più che ad altri l'obbligo di partecipare alle contese sociali in una salda unione e non per dividere ma per armonizzare.

« Fiduciosi nel consenso attendiamo di questo conferma con i suggerimenti per ottenere il successo dell'iniziativa, riservandoci di promuovere una riunione dei rappresentanti delle varie Associazioni d'Italia ».

Il Congresso Federale Ligure-Piemontese dei M. C.

Si è tenuto in Alessandria il 14 luglio, sotto la presidenza del dott. Oliaro; vi intervennero circa 300 medici condotti; vi erano rappresentate tutte le 27 Sezioni della Liguria e del Piemonte.

Tra gli ordini del giorno approvati riportiamo i seguenti:

« L'assemblea delibera: che quando il Comitato Esecutivo della Federazione Ligure Piemontese proclami la necessità di dare le *dimissioni collettive,* tutti i soci della Federazione debbono presentarle ai Comuni, restando in sito: e che nessuno possa riprendere l'ufficio sino a tanto che il Comitato stesso non ne abbia concessa la facoltà ».

« Il Convegno Federale Ligure Piemontese:

« in merito ai miglioramenti ed alle modifiche dei *patti di Condotta* richiesti dalla classe:

« conferma i deliberati dei precedenti Congressi ed in ispecie di quello di Torino 15 maggio 1919;

« invita le Sezioni ad esplicare la massima attività per la più pronta attuazione dei patti concordati, ricorrendo, appena espletate senza esito favorevole le trattative di conciliazione, alla presentazione delle dimissioni collettive;

« e in merito alla progettata *Assicurazione contro le malattie* da parte dello Stato;

« ritenendo che essa verrebbe a sostituire la condotta medica e gran parte della libera professione;

« affermando la indiscutibile competenza della classe medica per intervenire nella elaborazione della Legge relativa a detta riforma medica — per quanto ha tratto con le esigenze del servizio — e per definire equamente i compensi delle prestazioni professionali che da detto servizio sono richieste;

« considera indispensabile che le ragioni e gli interessi della Classe siano tenuti nel dovuto conto dalla Commissione che prepara il progetto di legge e in essa prospettate e sostenute dal presidente dell'A. N. M. C. dott. Martinelli — coll'opera del quale il Congresso dichiara la più completa solidarietà — pronto a qualsiasi azione che da esso e dalle esigenze di difesa venissero consigliate ».

« Il Convegno Federale Ligure-Piemontese:

« ritenendo che gli avvenimenti che si vengono determinando nella attuale azione per i miglioramenti dei patti di Condotta impongono la necessità della massima concordia e lasciano prevedere l'inevitabilità di lotte ad oltranza per le quali oltre all'incondizionata solidarietà morale occorre una base finanziaria considerevole;

« delibera di versare il contributo richiesto per la *Cassa di resistenza* invitando tutti i Presidenti di Sezione a fare opera immediata perchè tutti i soci versino la parte loro spettante (L. 80 per quelli che hanno già versato le 20 lire — L. 100 per i nuovi inscritti) ».

« Il Congresso, presa visione dell'agitazione dei medici ospedalieri per il loro miglioramento economico e morale, afferma con i colleghi suddetti la propria solidarietà incondizionata ».

* * *

Fu inviato il seguente telegramma al Ministro degli interni:

« Medici Condotti Piemonte-Liguria riuniti Congresso in rappresentanza mille duecento Colleghi invocano provvedimenti per intervento statale nei miglioramenti economici Medici Condotti ed Ufficiali Sanitari - stop - Invocano pure ragioni giustizia siano estese medici condotti ed ufficiali sanitari facilitazioni ferroviarie concesse maestri ed altri impiegati - stop - Presidente Federazione Ligure-Piemontese Medici Condotti.

Dott. Oliaro ».

E il seguente al Ministro della guerra:

« Trecento Medici Condotti Piemonte-Liguria riuniti Congresso in rappresentanza mille duecento colleghi constatato rilevante numero Condotte mediche scoperte invocano provvedimenti necessari rapida smobilitazione Medici Condotti interesse assistenza sanitaria popolazione civile - stop - Presidente Federazione Ligure-Piemontese Medici Condotti.

Dott. Oliaro ».

Sindacato Medico-Chirurgico di Napoli e provincia.

In seguito ad un'assemblea numerosissima di medici chirurgi, tenutasi il 31 luglio a Napoli nell'aula della I. Clinica Medica, fu nominata una Commissione con l'incarico di costituire un Sindacato per la tutela degli interessi economici della classe.

Riunitasi il 5 agosto, la Commissione approvava con nove voti, due contrarii ed uno astenuto, il seguente ordine del giorno De Cunzo Guidone:

« Deve intendersi per libero esercente il medico che non faccia parte di nessuna delle categorie medico-chirurgiche organizzate; ma che tragga il corrispettivo del suo lavoro dal solo ed esclusivo esercizio privato della professione ».

Dopo di che si procedette alla nomina di due sottocommissioni, una per raccogliere l'adesione di tutti i medici liberi esercenti, intesi come sopra, l'altra per la elaborazione sollecita di un brevissimo statuto.

La Commissione ha invitato i rappresentanti di tutte le altre categorie di medici (ospedalieri, condottati, ufficiali sanitari, ferroviarii, coadiutori ed assitenti di cliniche), perchè in brevissimo tempo venga costituito il predetto Sindacato per gli interessi economici e morali della classe.

I sanitari e le elezioni politiche.

I rappresentanti degli Ordini dei Sanitari della Campania, in una recente adunanza all'uopo indetta, hanno deliberato di nominare un comitato di azione elettorale per la Provincia di Napoli col preciso programma di adottare quei metodi e quei mezzi atti ad agevolare il trionfo delle candidature sanitarie, astrazione facendo del loro colore politico. Lo stesso Comitato provvederà con la sua forza ed attività a che tutti gli altri candidati medici iscritti nell'ordine di Napoli e candidati in altre provincie abbiano l'appoggio incondizionato di tutte le organizzazioni sanitarie della rispettiva provincia e quello della Federazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7946) *Cassa Pensione - Riscatto precedenti anni di servizio.* — Dott. Q. N. da A. I quindici anni di servizio prestati precedentemente alla iscrizione alla Cassa di previdenza, avvenuta nel 1914, non si possono più riscattare non ricorrendo nel caso nè l'applicazione dell'articolo 36 del testo unico, perchè Ella ha aderito alla cassa posteriormente alla promulgazione della legge 2 dicembre 1909, nè quella dello articolo 42 del testo unico medesimo perchè Ella non trovavasi in servizio alla entrata in vigore della legge 14 luglio 1898.

(7947) *Pensioni.* — Dott. F. T. da S. Nulla risulta di un progetto di legge per migliorare le pensioni dei sanitarii nè quelle delle rispettive vedove.

(7949) *Caro-viveri.* — Dott. D. C. S. T. Poichè sostituisce un medico defunto ed il posto è previsto nella pianta organica ha diritto alla indennità caro-viveri dal ° gennaio 1919.

(7950) *Concorsi ospedalieri.* — Dott. A. R. da P. L'articolo 3 del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420 dice che non si possono bandire concorsi per tutta la durata dello stato di guerra. Poichè lo stato di guerra non cessa che con la pubblicazione del trattato di pace, non sembra che si possano anche ora bandire. Però non può negarsi che alcuni concorsi già si fanno, ma, a nostro modo di vedere, fino a quando non sarà pubblicata la pace, non sono legali.

(7952) *Pagamento della Ricchezza mobile.* — Dott. G. B. da R. F. Poichè nel capitolato è detto che lo stipendio deve essere al netto della Ricchezza mobile, il Comune non può, sotto qualsiasi pretesto, violare tale diritto. Veda di ottenere bonariamente l'accettazione di questo principio ed, in caso di esito negativo, ricorra alla G. P. A. od anche alla ordinaria autorità giudiziaria, trattandosi di un diritto violato.

(7953) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. A. S. da M. di P. L'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio 1918 non si può pretendere se non fu deliberato dal Consiglio comunale e debitamente approvato dalla autorità tutoria. L'ufficiale sanitario non riscuote stipendio ma una semplice indennità e non è un impiegato comunale. Egli, quindi, non ha diritto alla indennità caro-viveri come il medico condotto.

(7955) *Indennità caro-viveri - Pensione.* — Dott. C. G. da V. Se la condotta è effettivamente priva del titolare, cioè morto o dimissionario, può pretendere l'indennità caro-viveri di lire 100 mensili perchè ammogliato. Se il titolare è semplicemente assente, non può nulla pretendere. I medici interini non sono obbligati a pagare il contributo per la Cassa di previdenza.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. L. M. S. da S.:

1. Per ottenere il trasferimento nel ruolo degli ufficiali medici di M. T. occorre che Ella faccia prima valere presso il competente Consiglio di leva il diritto di assegnazione alla 3ª categoria.

2. Sussiste tuttora la distinzione di idoneità ed inidoneità ai servizi mobilitati.

3. Come data del suo congedo temporaneo è da considerarsi il giorno in cui Ella effettivamente è stato collocato in tale posizione e non quello in cui subì la visita medica.

4. Per ottenere che siano svolte le pratiche necessarie ad accertare se l'infermità, per cui Ella è stato collocato in congedo, è stata aggravata o meno per servizio attinente alla guerra, occorre che Ella faccia analoga regolare domanda al Ministero della guerra per il tramite del proprio Distretto militare.

5. Non si è a conoscenza della data in cui sarà effettuato il congedamento degli ufficiali medici della classe 1890. Sinora è limitato alla classe 1888.

Al dott. F. A. B. da V.:

Allo scadere del periodo di inabilità Ella sarà sottoposto d'ufficio a nuovi accertamenti sani-

tari. Comunque, se Ella ritiene di trovarsi nelle condizioni di ottenere una pensione, può fare analoga domanda, per il tramite gerarchico, al Ministero della guerra, onde siano svolte le pratiche del caso. Egualmente, Ella può rivolgere domanda al Ministero suddetto per ottenere lo avanzamento al grado superiore, trasmettendola, beninteso, per via gerarchica.

Al dott. P. F. da B.:

Le assegnazioni del personale sanitario militare ai corsi di istruzione vengono fatte dalla Direzione generale di sanità militare, Divisione I (Personale). Ella può rivolgersi al Direttore Generale od al capo di quella Divisione.

Al dott. G. B. da P.:

Le competono, secondo le norme vigenti, tre mensilità di stipendio.

Essendo Ella già esonerato non credo che le competano anche i 15 giorni di licenza con assegni.

M. G;

CONDOTTE E CONCORSI.

TRIESTE. *Municipio.* — Il termine del concorso al posto vacante di Protofisico (capo dell'Ufficio municipale d'igiene) è esteso fino a tutto il 25 settembre c. a.

Medico-chirurgo laureato nel 1914 con ottimi voti un anno di servizio professionale come libero esercente, uno come interino condotto, tre di servizio militare per metà in grandi Ospedali, ottime referenze, cerca interinato, anche nelle terre redente purchè ben retribuito. Parla lo sloveno, il tedesco e il francese. Scrivere con sollecitudine dottor Antonio De Capua - Longobucco (Cosenza).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NEL CONSIGLIO SUPERIORE DELLA P. I.

Con decreto reale sono stati, tra gli altri, chiamati a far parte del Consiglio Sup. della Pubblica Istruzione i seguenti professori di Facoltà Mediche:

Pascale Giovanni, ordinario di clinica chirurgica alla R. U. di Napoli; Canalis Pietro, ordinario d'igiene alla R. U. di Genova; Alessandri Roberto, ordinario di patologia chirurgica alla R. U. di Roma.

I primi due sono stati indicati dalla votazione delle Facoltà; l'ultimo dal Ministro della P. I.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Cavalieri: dott. Licastro Giuseppe, Palermo; dott. Piazza Beniamino, Palermo.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande ufficiale: comm. prof. Serono Cesare, Roma.

Commendatori: dott. Gambino Vincenzo, Mazzara del Vallo (Trapani); prof. Pavone Michele, Palermo.

Cavalieri: professore Bentivegna Antonino, Palermo; dott. Dierna Francesco, Vittoria (Siracusa); dott. Adorno Salvatore, Floridia (Siracusa).

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di medicina interna.

Al prossimo Congresso medico, che si terrà a Trieste nei giorni 6-9 del prossimo ottobre, saranno relatori i professori: Zoia di Clinica Medica a Pavia, Schupfer di Clinica Medica a Firenze, Micheli di Patologia speciale Medica a Firenze, Pontano della Clinica Medica di Roma, Pende della Scuola di Patologia di Palermo, Giugni e Lorenzoni della Clinica di Parma, Roccavilla della Clinica di Modena, Gasbarrini della Clinica di Pavia, Satta della Scuola di Patologia a Torino, Izar della Scuola di Patologia a Catania, Lafranca e Cioffi della Clinica Castellino a Napoli, Cesabianchi della Clinica Devoto a Milano, Sivori della Clinica Medica di Genova.

Gli argomenti sono: Sistema nervoso — Cardiopatie — Nefropatie — Spirochetosi — Malaria — Dissenteria bacillare ed amebica — Tifo e tifo simili — Vaccinazioni — Influenza — Uricemia — Tubercolosi.

A Trieste un Comitato locale composto di cospicui colleghi di quella città provvede all'ordinamento ed alle accoglienze dei congressisti. È quindi necessario che chi intende di intervenire mandi subito la sua adesione al Comitato di Trieste, con la quota d'iscrizione in lire 20, per mezzo vaglia. Così sarà assicurato l'alloggio: precauzione indispensabile.

Chi è accompagnato, sempre agli effetti dell'alloggio, deve indicare quanti membri della propria famiglia saranno con lui.

Le adesioni ed i vaglia devono essere, non più tardi del 25 settembre, esclusivamente indirizzati al Comitato ordinatore del XXV Congresso di Medicina Interna, Ospedale Civico - Trieste.

Chi intende fare comunicazioni deve annunciarle invece al Prof. Comm. Lucatello - Clinica Medica, Padova.

Il significato patriottico del convegno non ha bisogno di essere dimostrato: basta enunciarlo.

Le Cliniche, le Scuole di patologia medica, il Corpo sanitario di tutti gli ospedali italiani, i Medici tutti lo sentiranno e saranno certo presenti.

L'Istituto Stomatologico Italiano.

L'Istituto Stomatologico Italiano — ambulatorio e clinica per le malattie della bocca e dei denti, in Milano — col giorno 4 agosto ha riaperta l'ambulanza odontoiatrica di Bastioni Romana, iniziando la ripresa dell'attività sua normale che venne sospesa durante la guerra e che è intesa a rendere accessibili le cure della specialità, e sopratutto l'odontoiatria conservativa, alle borse più modeste delle classi operaie e della piccola borghesia.

Ufficio ecografico in Roma.

Sul modello di uffici consimili, sorti già da tempo all'estero — i quali hanno un vero e proprio potere di polizia sulle abitazioni — il Comune di Roma, avvalendosi anche del Decreto Luogotenenziale 23 marzo 1919, n. 455, che gliene dava la facoltà, ha istitutito, presso l'Ufficio municipale del Lavoro, una nuova sezione che riguarda appunto la polizia degli alloggi.

Tra i diversi compiti che ad esso si riferiscono, è da porre in prima linea il contributo efficace che potrà recare dal lato igienico, poichè procedendo in pieno accordo con l'ufficio d'igiene sarà facile eseguire una verifica generale degli alloggi, sotto l'aspetto igienico-sanitario.

Malattie infettive.

Dal *Bollettino delle malattie infettive nel Regno* risulta che durante la settimana 14-17 agosto si sono stati denunziati i seguenti casi di vaiuolo per provincia: 240 Lecce, 72 Potenza, 57 Foggia, 56 Salerno, 44 Messina, 32 Caserta, 22 Bari, 21 Napoli, 21 Trapani, 12 Milano, 8 Roma, 61 complessivamente in tutte le altre provincie; e di tifo petecchiale 3 casi a Roma (città) e 2 a Napoli (città), nella popolazione civile, durante la settimana precedente si erano avuti per tifo petecchiale 1 caso a Roma (città), 1 a Napoli (città), 1 a Novara (città), 1 a Benevento (comune di Campoli), sempre nella popolazione civile.

Società Medica Italiana a Boston.

Il 23 giugno u. s. la Società Medica Italiana di Boston tenne un banchetto, nell'Hôtel Napoli, in onore del presidente uscente dott. Rocco Brindisi. I dottori Edvard O. Otis e Lincoln Davis descrissero l'esperienza fatta e le impressioni riportate in Italia.

Per il nuovo anno le elezioni portarono al seghente risultato: presidente dott. Antonio De Robertis, vice-presidente dott. Gerardo M. Balboni, segretario dott. Gaetano Praino, tesoriere dott. L. Ciani. Il dott. Rocco Brindisi fu eletto presidente onorario.

Conferenza internazionale delle donne medichesse.

È stata inaugurata a New York il 15 settembre e durerà tre settimane.

I temi all'ordine del giorno sono: Le medichesse e la salute delle donne; le condizioni sociali contemporanee e la loro ripercussione sulla salute e sulla personalità; Il problema sessuale.

Quest'ultimo tema — al quale sarà consacrata l'ultima settimana ed alla cui discussione saranno ammesse le donne non medichesse e gli uomini — comprenderà i seguenti argomenti: la salute emotiva, gli aspetti psicologici della questione sessuale, l'educazione sessuale, condizioni anormali della vita femminile (prostituzione, schiavitù bianca, abbandono di minorenni, ecc.), influenza delle misure legislative sulla morale sessuale, programma pratico.

L'Italia è rappresentata alla conferenza dalle dottoresse Anna Borrino e Clelia Lollini.

Per tutto quanto concerne la conferenza rivolgersi alla dottoressa Florence Bye, Director of the Committee on Publicity and Education, Y. W. C. A., Lexington Avenue 600, New York City.

Si è spento a Jena ERNESTO HAECKEL. Era nato a Potsdam il 16 febbraio 1834; giovanissimo si laureò in medicina, ma si consacrò poi allo studio delle scienze naturali; in Italia compose la sua celebre radiografia sui radiolari, che gli valse la docenza privata all'Università di Jena. Intanto usciva *L'origine delle specie* di Carlo Darwin, e l'Haeckel divenne subito un convinto e fervente apostolo della nuova dottrina, che egli sistematizzò in una vasta opera, *La morfologia generale degli organismi*, comparsa nel 1866 e ridotta in forma popolare sotto il titolo di *Storia naturale della creazione*, che ebbe in tutto il mondo uno straordinario successo e portò il darwinismo nella vita, nella lotta: ne fece una filosofia, ne volle fare una religione. Così nacque il monismo. Per quaranta anni egli elaborò, in un'operosità incessante, la dottrina. *I misteri dell'Universo*, comparsi alla fine del secolo, vogliono essere l'esposizione di un sistema compiuto, definitivo. Le obiezioni furono aspre sopra tutto nel mondo religioso tedesco; l'Haeckel fu accusato persino di falsificazione.

Florido fin nell'età più tarda, Haeckel spirava dalla sua imponente figura forza intellettuale, forza fisica, pienezza di vita.

B.

È morto l'illustre geografo Senatore prof. Giuseppe Dalla Vedova. Con più caldo sentimento partecipiamo al dolore di quanti ne apprezzarono i grandi meriti scientifici e le rare qualità personali e inviamo all'amico Riccardo, degno figlio di lui, le nostre condoglianze.

La Redazione.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. PUZZI, resp.

Anno XXVI **Roma, 17 Agosto 1919** **Fasc. 33**
(Pubblicato il 25 Settembre 1919)

AVVERTENZA. - Il precedente Fasc. 32, per una svista tipografica, reca la data del 3 agosto, anzichè quella del 10 agosto.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

NOTE E CONTRIBUTI

LEGIONE ROMENA IN ITALIA
Distaccamento di Casale Altamura - Infermeria contumaciale

Appunti sopra un' epidemia di tifo esantematico

del dott. CAMILLO ARTOM

Nel campo di concentramento di Casale Altamura (Bari), dove oltre ad un battaglione italiano e ad alcune migliaia di prigionieri di guerra, erano dislocati quattro battaglioni della Legione Romena, si è manifestata, verso la metà dell' aprile scorso, un'epidemia di tifo esantematico. Fra i militari romeni, la malattia ha raggiunto il suo acme negli ultimi giorni dell'aprile e si è mantenuta pressochè stazionaria nelle prime due decadi di maggio; è andata poi via via decrescendo, riducendosi a pochi casi sporadici al principio di giugno e cessando completamente verso la metà di questo mese.

Avendo avuto, al principio del maggio scorso, la direzione di un reparto contumaciale (baracche 23 e 24) e del reparto di osservazione (baracca 9) dell'infermeria romena, mi propongo di riferire quì brevemente alcuni appunti, ricavati dalla personale osservazione dei casi di tifo esantematico, circa 500, avuti in cura. Debbo alla cortesia dei dottori NASTA (di Bukarest), COLISTRO e MAGIULLI, di aver potuto integrare le mie osservazioni personali con altre, da essi eseguite nei reparti, affidati alla loro direzione. Particolarmente sono grato al dott. Nasta, che, succedutomi alla fine di maggio nella direzione del reparto contumaciale, mi ha permesso di continuare ivi stesso le mie osservazioni, e mi è stato largo di consigli e di aiuti, frutto della sua grande esperienza scientifica ed epidemiologica in materia di tifo esantematico. Nei miei appunti, ho tenuto nota quasi esclusivamente di quelle osservazioni e di quelle particolarità cliniche ed epidemiologiche, che mi parvero non coincidere, in tutto o in parte, con quanto si legge nelle descrizioni di precedenti epidemie di tifo esantematico.

Sintomatologia

È stata, nella maggior parte dei casi, quella classica, descritta nei trattati: inizio brusco, febbre alta e continua, tachicardia, esantema caratteristico, enantema boccale e faringeo, stupore, delirio, tremori, lingua paretica, albuminuria, defervescenza in 15ª giornata.

Noterò peraltro che, sebbene la *febbre* si inizi quasi sempre bruscamente, tuttavia manca, il più delle volte, un vero *brivido,* qual' è descritto da quasi tutti gli autori. Molto spesso l'ammalato, alla domanda se avesse avuto brivido, rispondeva negativamente, o tutt'al più diceva di aver sentito solo « un po' di freddo ». Questa rarità di un vero brivido ci ha permesso molte volte, al primo giungere nel reparto di osservazione di un febbricitante, di

escludere verosimilmente una polmonite franca e un accesso di malaria o di febbre ricorrente, e di formulare invece con grande probabilità la diagnosi di tifo esantematico, che il decorso successivo veniva poi a confermare. In un solo caso (capit. medico DORIA) ho visto la curva febbrile iniziarsi con un movimento ascensionale lentissimo e con spiccate remissioni mattutine, così da ricordare l'inizio della febbre tifoidea.

L'*esantema* ha presentato una grande variabilità di caratteri obiettivi, di intensità e di durata, come del resto è stato rilevato in quasi tutte le epidemie precedenti. Più volte è riuscito anche a me di provocare la trasformazione petecchiale delle macchie di roseola, ponendo per pochi minuti un laccio emostatico alla radice dell'arto superiore: artificio che può essere di grande giovamento in casi di diagnosi dubbia. La presenza di un esantema a carattere nettamente e precocemente emorragico parve a me, come già a parecchi autori, che comportasse una prognosi sfavorevole.

Nel periodo di stato della malattia, la temperatura ha presentato spesso *remissioni* molto notevoli, sia spontaneamente, sia in seguito all' azione di medicamenti o di pratiche idroterapiche. Tali remissioni, quand' erano frequenti e profonde, non dovevano sempre interpretarsi favorevolmente dal punto di vista prognostico, in quanto che, se è vero che talora stavano ad indicare una minore gravità del processo morboso, è pur vero che remissioni, spiccate e ripetute, si verificarono in casi gravissimi con esito letale, nei quali erano probabilmente l'espressione di una grande depressione dei poteri di reazione dell'organismo. Una remissione più accentuata si nota con relativa costanza *verso la metà del periodo febbrile* (6ª-8ª giornata).

Gli altri sintomi del periodo di stato sono noti.

Mi permetto quì di insistere sull' importanza e sulla costanza di quel sintomo che, osservato già da molti (FUMEY, GODELIER, BILLOT, MAURIN, MASSE, DE BRUN, ecc.) è stato posto in particolare rilievo da REMELINGER e da lui chiamato « *segno della lingua* ». Il fenomeno, dovuto ad una paresi dei muscoli linguali, si verifica più o meno nettamente in quasi tutti gli ammalati. Pare a me che esso si svolga, più frequentemente e tipicamente, con la seguente modalità, che finora ritengo non sia stata descritta esattamente: la porzione linguale più profondamente paralizzata è l' estremità anteriore; cosicchè, invitato l'ammalato a sporgere la lingua, la punta di questa rimane fissa sul pavimento boccale, dietro l'arcata dentaria inferiore, mentre la porzione posteriore della lingua viene spinta in avanti: di conseguenza, la superficie superiore si fa convessa e la lingua si piega, per così dire, in due. Questa precisa modalità del fenomeno è, a mio giudizio, la più frequente e affatto caratteristica.

Nei miei ammalati ho potuto osservare tutti i gradi e tutte le forme di disturbi psicomotori. Da casi con coscienza quasi perfettamente integra si passava ad altri, con semplice agitazione, ovvero con delirio tranquillo, ovvero con delirio gravissimo e impulsioni al suicidio. Per la mia esperienza, un *delirio* grave e prolungato ha una prognosi nettamente sfavorevole, specialmente quando esso persiste oltre la defervescenza.

In quasi tutti gli ammalati era facile porre in evidenza fenomeni di *demografismo,* caratterizzati da strie pallide angiospastiche, che si potevano rilevare anche dimolto tempo dopo la guarigione clinica.

La *defervescenza* che, secondo le descrizioni degli autori, avverrebbe quasi costantemente in 15ª giornata, in un gran numero dei casi di nostra osservazione si è verificata in 12ª-13ª giornata, con una frequenza all' incirca uguale a quella dei casi apirettici al 15° giorno. In molti casi si è avuto anche defervescenza in 9ª, 10ª, 11ª gioanata. Di regola la caduta della temperatnra ha assunto la forma tipica « *per crisi ritardata* », cioè la febbre è discesa al livello normale nello spazio di un paio di giorni. Non raramente la curva iebbrile si è prolungata oltre il 15° giorno, durando per una o due settimane ancora: in simili casi esistevano però molto spesso concomitanti fenomeni polmonari o broncopolmonari molto gravi.

La *morte* è avvenuta, nel maggior numero dei casi, durante il secondo settenario, con fenomeni di miocardite acuta o di profonda intossicazione bulbare. Frequentemente però si è avuta morte dopo la caduta della febbre, tra il 2° e il 5° giorno di apiressia; si trattava talora di individui che, dopo la defervescenza, rimanevano in istato di profonda prostrazione ovvero di grande agitazione, e in queste condizioni soccombevano alla persistente intossicazione generale. Talaltra invece gli ammalati sfebbrati si presentavano in condizioni relativamente soddisfacenti, e morivano imprevedutamente per una subitanea paralisi cardiaca.

Specialmente gli individui di età matura, quelli con incipienti lesioni apicali, gli oligoemici, i deperiti (che erano numerosissimi fra i legionari romeni, provenienti dai prigionieri di guerra austriaci, e portanti tuttora le traccie del decadimento organico più profondo, in conseguenza dell' insufficiente regime alimentare a cui erano stati sottoposti nell'esercito austro-ungarico) hanno dato un contingente altissimo di mortalità. Ciò valga a spiegare la impressionante cifra di *mortalità percentuale,* verificatasi in questa epidemia (20-30 %), e valga anche a spiegare la differenza notevolissima delle corrispondenti cifre di mortalità (4-5 %) dell' epidemia fra le truppe italiane, che presentavano condizioni di nutrizione e di resistenza organica, ben altrimenti soddisfacenti.

Forme anomale e sintomi particolari

È noto come in tutte le epidemie di t. es., accanto alle forme con sintomologia classica, sia stato descritto un certo numero di forme che se ne differenziavano più o meno profondamente per anomalie di intensità e di durata o per l'assenza di qualche sintomo tipico o per la presenza di sintomi particolari.

Anche nella presente epidemia queste *forme anomale* non sono state rare. Ho già accennato alla frequenza di *forme lievi* con defervescenza precoce e di *forme a decorso prolungato*. Riferisco quì un caso interessante di *tifo abortivo*:

Baracca 9 - Letto 34 - Sold. S.... O.... infermiere - anni 43.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	Temperatura sera	Annotazioni
4-6-919	1°	39°4	38°5	
5	2°	38°1	37°9	Roseola bene e-
6	3°	39°9	37°8	vidente diffusa a
7	4°	36°5	36°6	tutto il corpo.

Nei giorni successivi il paziente si è mantenuto apirettico e in ottime condizioni generali, un certo numero di macchie cutanee ha subito la trasformazione petecchiale. Il 15-6-19 l'esantema è ancora bene evidente.

Molto interessante è pure il caso seguente, che è, con ogni probabilità, un caso di *tifo esantematico senza esantema*:

Baracca 9 - Letto 22 - Sold. G.... T.... anni 34.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	Temperatura sera	Annotazioni
6-6-919	3°	39°7	39°5	Congestione oculare, lingua paretica, con contrazioni fibrillari.
7	4°	38°7	40°5	
8	5°	39°3	39°5	Esame del sangue.
9	6°	39°1	38°9	
10	7°	38°6	39°1	
11	8°	38°2	38°6	Esame del sangue.
12	9°	37°8	38°3	
13	10°	37°8	37°5	
14	11°	36°9	37°2	
15	12'	36°5	36°3	

Durante tutto il decorso della malattia, l'ammalato non ha presentato esantema, nè è stato possibile provocarne l'apparizione, anche dopo ripetute e prolungate applicazioni del laccio emostatico alla radice del braccio. Si notava un lieve ottundimento del sensorio, tremori muscolari, e, abbastanza evidente, il segno della lingua. Nulla a carico degli organi interni. L'esame del sangue, eseguito (dott. NASTA) in 4ª giornata di malattia, risultò negativo per i parassiti malarici e per gli spirocheti di OBERMEIER: si notavano invece rare forme cocciche, Gram-negative, capsulate, riunite in parte a due a due. (Queste forme erano identiche a quelle che il NASTA, durante l'epidemia presente, ha messo in evidenza nelle lesioni meningee di morti per t. es. e nel corpo di pidocchi, raccolti su ammalati di t. es.). L'esame del sangue ripetuto in 8ª giornata, non rivelò più alcun microrganismo.

In parecchi ammalati, verso la fine del periodo febbrile o al principio della convalescenza, si notava (il fenomeno è stato già rilevato da alcuni autori) un *edema degli arti inferiori e delle palpebre*, senza albuminuria e senza evidenti lesioni cardiache. Ne riferisco un caso:

Baracca 24 - Letto 70 - Cap. M.... S.... anni 29, entrato 20-5-919. Ha presentato i fenomeni tipici del t. es. con defervescenza in 15ª giornata (2-5-919).

Il 7-6-919 si nota un edema cospicuo delle palpebre superiori ed inferiori e della radice del naso; anche la porzione retro orbitaria delle regioni temporali è leggermente edematosa: il fenomeno è bilaterale ma più eccentuato a destra; non esistono segni di flogosi congiuntivale. Le regioni dorsali di ambedue i piedi sono anch'esse fortemente edematose. Esame del cuore e delle urine negativo.

Il 10-6-919 l'edema della regione palpebrale di destra è quasi scomparso, mentre si è accentuato l'edema delle palpebre e della regione retro orbitale di sinistra. Persiste l'edema delle regioni dorsali dei piedi, un po' diminuito. Esame del cuore e delle urine negativo.

Il 14-6-919 tutti i fenomeni sono interamente scomparsi.

A *disturbi del regime vaso-motorio cutaneo* sono probabilmente da attribuirsi i fenomeni, presentati da due ammalati, ricoverati nel reparto dal collega dott. MAGIULLI, e che descriverò quì brevemente.

Nell'un caso, sulla cute del petto e dell'addome si notavano parecchie chiazze di colore rosso chiaro, di forma rotondeggiante, con contorni irregolari e della dimensione di una grossa moneta da cinque lire: queste chiazze presentavano frequenti e cospicue variazioni nell'estensione e nell'intensità del colorito, e scomparivano e riapparivano anche con sorprendente rapidità. Con la defervescenza i fenomeni scomparvero definitivamente.

Nell'altro caso, la cute del petto e del dorso presentava un arrossamento diffuso e uniforme, limitato inferiormente con una linea orizzontale di demarcazione nettissima, press'a poco all'altezza della 3ª vertebra lombare; superiormente invece la cute arrossata si continuava, con lieve sfumatura e senza demarcazione, con quella normale delle regioni soprascapolari e sopraclavicolari. Qua e là sulla regione dorsale si notavano piccole zone rotonde con le papille del derma scoperte, residuanti probabilmente alla rottura di vescicole erpetiche. Alla pressione digitale sulla cute arrossata era rile-

vabile un leggiero grado di edema. Tale fenomeno singolare si manteneva a lungo, anche dopo la defervescenza, senza notevoli variazioni. Il decorso della malattia e della convalescenza fu quello tipico di un caso di media gravità; l'esame del torace e quello delle urine furono costantemente negativi, all'infuori di un leggero catarro bronchiale diffuso.

In pochissimi ammalati, nei quali dopo la defervescenza persistevano condizioni generali molto gravi, abbiamo osservato l'insorgenza di *esantemi* che chiameremo *post-tifosi* e che erano probabilmente l'espressione del perdurante stato di intossicazione generale.

Dei tre casi osservati e seguiti tutti da morte, riferirò, come esempio, il seguente:

Baracca 9 - Letto 42 - Sold. D.... P.... anni 35, entrato 7-6-919. Il 21, dopo una forma di t. es. molto grave con grave e duraturo delirio, è apirettico, ma permane uno stato di grande agitazione, dispnea, polso piccolo e frequente. Il 23 improvvisamente la febbre risale a 39° l'agitazione si aggrava, si nota un'angina eritematosa, e un arrossamento a chiazze del torace e delle regioni estensorie dei gomiti e delle ginocchia. I fenomeni persistono, finchè il 27 a ore 10 si ha morte con sintomi brillari.

Molto spesso, abbiamo potuto rilevare, in ammalati di t. es., *paralisi temporanee* a carico di alcuni nervi cranici: così non raramente abbiamo osservato paralisi, isolate o associate, della lingua, del velopendolo, dei muscoli facciali. In un caso si è anche avuto il quadro complesso di una vera *meningite basilare.*

Abbastanza numerosi i casi di *paralisi laringee.* Il più spesso si trattava di un'*afonia* cospicua, perdurante talora anche dopo la guarigione clinica dell'infezione generale. In due casi invece, dopo la defervescenza, si sono presentati sintomi di *dispnea inspiratoria,* interpretabile probabilmente come dovuta ad una paralisi dei muscoli dilatatori della glottide (crico-aritenoidei). Riferisco il più grave di questi due casi, seguito da morte:

Baracca 24 - Letto 117 - Sold. B.... V.... anni 36, entrato 16-5-919. Ha avuto t. es. di media gravità; sfebbrato il 1°-6-919 in 17ª giornata. Il 3-6-919 presentò una dispnea *nettamente inspiratoria,* con inspirazione rumorosa, udibile a grande distanza, ed espirazione normale. Nulla a carico degli organi toracici: il diaframma non è paralizzato. La dispnea si è andata attenuando fortemente nei giorni successivi, fino ad essere appena rilevabile. Ma il mattino dell'11 ricomparve improvvisamente in forma molto grave. Si prepara per sottoporlo ad una tracheotomia, ma verso le ore 10,30 l'ammalato muore improvvisamente (edema acuto glottideo?), Sfortunatamente non è stato possibile eseguire l'autopsia, cosicchè non potemmo accertare se esistessero complicazioni flogistiche a carico del laringe.

Complicazioni e associazioni morbose

La grande frequenza e varietà di complicazioni nel tifo esantematico è stata segnalata da tutti gli autori. Fra esse, alcune sono comuni a quasi tutte le gravi malattie infettive e non offrono alcuna caratteristica particolare: esempio i *decubiti,* spesso vasti e profondi. Altre sono invece rare e debbono considerarsi affatto eccezionali: es. la *pan-oftalmite,* di cui abbiamo avuto un caso fra i nostri convalescenti. Altre ancora sono per contrario così frequenti nel t. es., da potersi ritenere come manifestazioni pressochè costanti dalla complessa sindrome generale: tali sono la *miocardite* (dimostrata dall'irregolarità e dall'oscuramento dei tonicardiaci, dall'ipotensione arteriosa, dalla frequenza e dalle aritmie del polso), le *alterazioni renali* (dimostrate dalla quasi costante albuminuria), le lesioni dell'*apparato respiratorio* (sotto forma di bronchiti diffuse e di broncopolmoniti confluenti), le *nevriti periferiche* (che sono spesso causa di intollerabili dolori agli ammalati e ai convalescenti). Infine nei pazienti si osservano spessissimo alcune altre complicazioni che, pur non essendo del tutto costanti, sono però così frequenti e caratteristiche da farne sempre prevedere l'insorgenza in una notevole percentuale di casi e da contribuire ad aggravare sensibilmente la prognosi, già così incerta, di questa complessa malattia: sono queste le *lesioni vasali,* e le flogosi dell'apparato uditivo e della parotide.

Tra i nostri ammalati noi abbiamo notato, in un numero rilevante di casi, la *necrosi* di territori più o meno estesi degli arti inferiori, in conseguenza di *trombosi arteriose:* due volte si è reso indispensabile di procedere ad atti operativi demolitori. degno di particolare attenzione il fatto singolare, non menzionato, parmi da alcun autore precedente, che nella grande maggioranza dei casi la necrosi è stata *bilaterale,* colpendo simmetricamente le due estremità inferiori.

Non raramente abbiamo osservato la *phlegmasia alba dolens.*

Molto numerose (una cinquantina di casi, circa) sono state parimenti le complicanze suppurative della *parotide:* erano colpite talvolta isolatamente la porzione superiore, media o inferiore della ghiandola, ma più spesso la suppurazione era totale e frequentemente bilaterale. In simili casi, l'intervento dev'essere generoso e molto precoce: dilazionare l'incisione per attendere la formazione di raccolte purulente, nettamente percepibili alla palpazione, e, per la nostra triste esperienza in più d'un caso disgraziato, molto pericoloso e può anche essere fatale per il paziente.

Le *otiti medie purulente* sono pure state molto frequenti, e non rare le propagazioni del processo flogistico alle *cellule mastoidee* e anche ai *seni venosi endocranici.* Ci sia permesso di rilevare, a

questo proposito, l'importanza di una scrupolosa igiene della bocca e del faringe come misura profilattica verso le complicazioni otitiche, sempre tediose o ostinate, talora anche molto gravi e letali: siamo convinti che, se avessimo potuto disporre di un personale d'assistenza più numeroso e addestrato, gran parte di tali incomode e pericolose sequele sarebbero state evitate.

La contemporaneità di epidemie di tifo esantematico con altre di malattie diverse, è stata segnalata da parecchi autori: alcuni (KELSCH, REMLINGER) hanno anche descritto casi di « *malattie miste* » determinati da associazione del t. es. con altre forme morbose (ileotifo, febbre ricorrente, dissenteria, scorbuto).

Anche fra le truppe rumene del distaccamento, contemporaneamente al t. es., si è verificata una non grave epidemia di *febbre ricorrente,* accertata al microscopio; e molti convalescenti di t. es. hanno avuto tipici accessi febbrili con presenza nel sangue degli spirocheti caratteristici. Invece, durante il periodo febbrile del t. es., esami ripetuti di sangue non ci hanno mai permesso di rilevare la presenza degli spirocheti.

Del pari, sebbene spesso malarici con accessi recenti sieno stati colpiti da t. es., e sebbene numerosi convalescenti di t. es. abbiano presentato accessi malarici tipici con presenza di parassiti nel sangue, non abbiamo mai potuto costatare parassiti malarici nel sangue di ammalati di t. es. durante il periodo febbrile. Non possiamo dunque asserire di aver avuto casi accertati di una vera e propria *febbre proporzionata* (secondo la definizione classica), risultante dall'associazione di t. es. in atto con malaria in atto.

Tuttavia l'andamento molto irregolare della curva termica in certi nostri ammalati di t. es. che erano anche sicuramente malarici, rende verosimile l'ipotesi che in tali casi coesistessero realmente le due infezioni in atto, sebbene, ripeto, la conferma del laboratorio sia mancata.

Farò da ultimo notare che in quei casi, in cui preesistevano lesioni polmonari specifiche, il processo *tubercolare* è stato grandemente esaltato e accelerato dal tifo esantematico; un numero rilevante di ammalati, guariti dal t. es., sono periti in seguito con i segni di una tisi florida o di una meningite specifica o di una tubercolosi miliare acuta.

Anatomia patologica

Per ragioni indipendenti dalla nostra volontà, solo quattro autopsie di morti per t. es. ho potuto eseguire, in collaborazione con il dott. Nasta. Riferirò brevemente le note cliniche di questi quattro casi e il reperto necroscopico relativo:

1) Baracca 23 - Letto 21 - Sold. T.... N.... anni 41, entrato 30-5-919, morto 4-6-919.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	Temperatura sera	Annotazioni
30-5-919	5°	39°5	40°	Sono state ese-
31	6°	39°6	39°6	guite 5 iniezioni
1-6-919	7°	38°	38°5	endovenose di é-
2	8°	39°	38°5	lectrargol.
3	9°	38°2	38°	Morto il 4-6-919
4	10°	38°		a ore 14.

Autopsia. - (5-6-919 ore 7 - NASTA e ARTOM). Tensione della dura madre aumentata. *Edema cerebrale* molto cospicuo. Sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta, si notano numerosi *nodulini* bianco-grigiastri, situati in grande maggioranza lungo il decorso dei vasi. La base e le sezioni del cervello non presentano lesioni macroscopiche.

Modico versamento *pleurico* a sinistra e aderenze pleuriche antiche a destra. Focolai di *broncopolmonite* nel lobo inferiore del polmone sinistro. *Miocardio* di consistenza molto flaccida e di colorito bianco-giallastro. *Fegato* con numerosi piccoli focolai di degenerazione grassa. *Milza* molto ingrandita, di consistenza molle, spappolabile. Sezioni dei *reni* iperemiche con sostanza corticale torbida, ingrandita.

2°) Baracca 24 - Letto 76 - Sold. B.... I.... anni 38, entrato 31-5-919.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	Temperatura sera	Annotazioni
31-5-919	5°	40°		
1-6-919	6°	38°	38°6	
2	7°	39°		
3	8°	38°3	38°9	
4	9°	37°		
5	10°	38°5		
6	11°	88°2		
7	12°	38°	38°	7-6-919 ore 18 morte.

Autopsia (8-6-919 ore 13 - NASTA e ARTOM). Tensione della *dura madre* leggermente aumentata. Modico *edema cerebrale.* Sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta, si notano fini *trovate* perivasali, di colorito lattescente. Base e sezioni cerebrali normali.

Numerose antiche aderenze *pleuriche* a destra. Nello spessore del lobo superiore del polmone destro, si nota un nodulo delta grossezza di una nocciuola, di colorito grigiastro, di consistenza fibrosa. *Polmoni* congestionati con qualche piccolo focolaio disseminato di incipiente broncopolmonite. *Miocardio* di consistenza e colorito normale. Valvole normali.

Fegato ingrandito, di colorito uniformemente giallastro. *Milza* modicamente ingrandita, spappolabile. *Reni* aumentati di volume, di colorito esterno

grigio con punteggiature rosse. Alla sezione la corticale è torbida e fortemente iperemica.

3°) Baracca 24 - Letto 64 - Sold. P.... I.... anni 24, entrato 4-6-919.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	sera	Annotazioni
5-6-916	6°	39°2	40°	Eseguite 4 iniezioni endovenose di électrargol. Durante tutta la malattia delirio e agitazione. Morte l'11 6-919 a ore 18.
6	7°	39°	38°8	
7	8°	38°9	38°9	
8	9°	38°9	38°5	
9	10°	38°	38°6	
10	11°	36°8	39°8	
11	12°	39°8	39°9	

Autopsia (12-6-919 ore 7 - NASTA e ARTOM). Tensione della *dura madre* aumentata. Modico *edema cerebrale*. Sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta numerose *travate* perivasali di colorito lattescente. Ventricoli cerebrali dilatati. Base e sezioni cerebrali normali.

Timo fortemente ipertrofico. Aderenze *pleuriche* antiche a destra. *Polmoni* con numerosi piccoli noduli disseminati di broncopolmonite. *Cuore, fegato, milza* di grandezza, colorito e consistenza normali. *Reni* con colorito esterno grigio e piccole punteggiature rosse: alla sezione, la corticale è torbida, succosa, fortemente iperemica.

4°) Baracca 9 - Letto 37 - Sold. R.... I.... anni 37, entrato 5-6-919.

Data	Giorno di malattia	Temperatura mattina	sera	Annotazioni
5-6-919	4°	39°6	40°	L'8 e il 9 furono eseguite 2 iniezioni endovenose di électrargol. Muore l'11-6-919 a ore 15.
6	5°	39°4	39°9	
7	6°	38°4	39°4	
8	7°	39°8	39°5	
9	8°	37°8	37°5	
10	9°	37°3	35°4	
11	10°	36°6		

Autopsia. - (12-6-919 ore 8 - NASTA e ARTOM). Tensione della *dura madre* aumentata. *Edema cerebrale* di grado medio. Sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta, numerose *travate* perivasali di colorito lattescente e qualche *nodulino* della grandezza di una capocchia di spillo e di colore bianco-grigiastro, situato pure in minoranza dei vasi. Base e sezioni cerebrali normali.

Aderenze *plenriche* antiche a destra. Entrambi i *polmoni* con numerosi piccoli focolai disseminati di broncopolmonite. *Miocardio* molto flaccido, con segni di degenerazione grassa: ventricolo destro ingrandito. *Fegato* e *milza* già in preda ad avanzato processo putrefattivo. *Rene* destro con l'aspetto del *grosso rene bianco*. Rene sinistro impiccolito con atrofia della corticale.

In tutte le quattro autopsie, da noi eseguite, abbiamo dunque notato lesioni costanti e caratteristiche a carico dell'encefalo: sono queste *travate* lattescenti ovvero *nodulini* bianco-grigiastri, situati in vicinanza dei vasi che decorrono sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta. Tali lesioni si presentano costituite, all'esame microscopico, da elementi cellulari di infiltrazione (plasmazelleu); aggiungerò di sfuggita che il dott. NASTA ha costantemente rinvenuto in esse delle forme cocciche, capsulate, gram-resistenti, che coincidono con i cocco-bacilli, da lui e da altri autori recentemente studiati e descritti in una pnbblicazione preventiva (1), e sulle quasi egli si riserva di riferire più ampiamente. — Nelle nostre autopsie abbiamo pure costantemente riscontralo l'*edema cerebrale* e lesioni di *broncopolmonite* a focolai dtsseminati: costanti pure sono state le alterazioni infiammatorie dei *reni*.

Terapia

Qualche tentativo di una *terapia causale* del tifo esantematico fu pure fatto nella presente epidemia. Così il dott. COLISTRO asserisce di avere avuto buoni risultati con la somministrazione continuata e sistematica di *chinino* (già esperimentato da DUNDAS) per via ipodermica. Io ho sottoposto una ventina di ammalati a iniezioni endovenose di *électrargol* in dosi piccole e medie (cmc. 2-5), e mi parve (come già BONYGNES) di averne notato, in parecchi casi, un certo giovamento. — In collaborazione col dott. GREGOROWICH, ho ripetuto anche in un caso i tentativi del LEGRAIN e del RAYNAUD (iniezione di *siero di convalescenti*) e in due casi gli esperimenti di ESCLUSE e LIBER (iniezione endovenosa di *sangue di convalescenti*, ritardato nella sua coagulazione *con citrato di sodio*). In generale può affermarsi che un giudizio sull'efficacia reale dei numerosi trattamenti sistematici, sperimentati nel tifo esantematico, è reso molto difficile e incerto dalla coeslstenza in una stessa epidemia di forme gravi e leggiere; cosicchè non è facile asserire se il decorso favorevole di un certo numero di casi trattati sia dovuto all'azione terapeutica, o non piuttosto ad una naturale mitezza dell'affezione morbosa.

Nella grandissima maggioranza dei nostri ammalati ci siamo limitati ad un *trattamento sintomatico* (dieta leggiera), igiene scrupolosa dell'ammalato, eccitanti cardiaci, cura delle complicanze). Particolare giovamento ci sembra abbia recato l'*idroterapia*, sotto forma di impacchi freddi generali, sia come tonico generale e come antitermico, sia specialmente come sedativo efficacissimo nei casi con intensa agitazione e grave delirio. All'importanza di una accurata *igiene della bocca e del faringe* per prevenire le pericolose complicanze a carico dell'orecchio medio, abbiamo già accennato.

Casale Altamura (Bari), 23 luglio 1919.

(1) BOREL, CANTACUZENÈ, JONNESCO, NASTA: Compt. Rend. Soc. de Biologie, Paris, 24-5-919.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA

Nella convalescenza della pleurite

A. F. PLIEQUE (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1918).

L'A. rileva che tutte le pleuriti — non solo quelle essudative, con versamento sieroso, ematico o purulento, ma anche quelle secche — costituiscono il più delle volte la manifestazione clinica precoce di una tubercolosi rimasta fino allora latente, anche se a prima vista possono imputarsi a cause perfrigeranti banali, o se sono secondarie ad influenza.

Esistono certamente pleuriti in cui ogni traccia di tubercolosi è da escludere: tali quelle da sifilide, da scarlattina, le pleuriti purulente da pneumococchi, streptococchi e stafilococchi, le pleuriti traumatiche consecutive a violente contusioni sul torace od a ferite penetranti; ma (fatta eccezione per quelle che si destano nella sifilide secondaria) più ancora delle pleuriti tubercolari, esse danno facilmente luogo a aderenze, e queste sono di ostacolo alla meccanica normale del respiro, epperò favoriscono, in secondo tempo, l'attecchimento del bacillo tubercolare.

Nella convalescenza di qualsiasi pleurite, dunque, anche se la guarigione dei fatti locali e l'integrità delle condizioni generali possano apparire perfette, si deve: 1° ridurre la *sinfisi pleurica* e la consecutiva *sclerosi polmonare;* 2° prevenire la *minaccia della tubercolosi polmonare* secondaria; 3° eventualmente ingulare una *tubercolosi primitiva*, rimasta fino allora latente.

In ogni caso è indispensabile una cura protratta. GRANCHER stima necessaria in qualsiasi pleurite una dimora di almeno sei mesi in campagna, il riposo, un'alimentazione congrua e una protratta revulsione sulla parte offesa. Secondo SERGENT, in parecchi casi questa cura semestrale non deve costituire che un *minimum* per ottenere la guarigione perfetta: una prima tappa. « Il malato, egli scrive, dovrà prolungare la cura per altro tempo ancora e sottoporsi in seguito ad una rigorosa sorveglianza, conducendo una vita calma, senza qualsiasi eccesso o defaticamento: solo a questo patto ed in queste condizioni è sperabile che egli possa sfuggire allo sviluppo della tubercolosi ».

Sulla scorta di GRANCHER vediamo quale dovrebbe essere la cura ideale nella convalescenza della pleurite, avvertendo che, per altro, nella generalità dei casi le condizioni economiche del malato lo obbligano, pur troppo, ad una cura *parziale*, cioè a rinunziare ad alcune tra le più efficaci risorse, per esempio alla:

Cura climatica. — È raccomandabile un clima calmo e temperato, che permetta al paziente di vivere all'aperto per varie ore del giorno; un'aria priva di pulviscolo irritante e di fumo. Queste condizioni sono realizzabili in campagna, nei villaggi non industriali, preferibilmente nei terreni in declivio, a mezza costa. Un buon indice è dato dalla presenza di vigneti, che rivelano un suolo calcare ed asciutto. Giova la vicinanza dei boschi, i quali permettono le passeggiate difese dai venti e dai raggi solari intensi. Durante l'inverno sono da preferire le coste del Tirreno, sopratutto per gl'individui deboli e anemici, poco tolleranti del freddo. Per gl'individui robusti però corrispondono bene, anche durante la stagione invernale, i climi di altezza, con atmosfera calma: la rarefazione dell'atmosfera stimola la respirazione e fa aumentare in ampiezza gli atti respiratori e quindi facilita la scomparsa delle aderenze ed il riassorbimento degli essudati; ma è necessario procedere per gradi: cominciare con una stazione fra 400 e 600 metri, sperimentando la tolleranza individuale, e durante l'inverno guadagnare l'alta montagna.

Alcune stazioni idro-minerali consentono di associare al clima di altezza le cure minerali. Sono raccomandabili le acque ricche di calcio-ione, per l'effetto rimineralizzatore e sedativo; invece le acque in cui prevale il sodio-ione, così efficaci nell'artritismo, si dimostrano spesso dannose ai tubercolotici.

Il sole tonicizza tutto l'organismo, ma non è superfluo ricordare che un convalescente non deve esporsi al sole imprudentemente, senza precauzioni: occorre sopratutto proteggere il capo contro i raggi diretti, se non si vuol correre il rischio di ridestar la febbre, e ciò anche se la temperatura è bassa e il freddo intenso. Questa nozione è ormai di dominio comune anche tra i profani che abitano in regioni alpine; « a Davos, diceva JACCOUD, l'ombrello è il compagno indispensabile dei cacciatori ».

Il sole esercita anche un effetto curativo nelle lesioni specifiche, mediante la:

Elioterapia — che consiste nella irradiazione solare diretta; essa possiede un'azione potente così sullo stato generale come sulle lesioni locali.

Nelle tubercolosi interne la sua applicazione esige maggiore sorveglianza e più rigorosa graduazione che in quelle esterne (cutanee, articolari, ossee).

Il comportamento della temperalura del corpo costituisce la migliore guida per regolare l'elioterapia: al menomo risveglio di temperatura febbrile, si devono abbreviare e distanziare le sedute.

In località basse e calde, per es. in riva al mare, l'elioterapia comporta sedute più frequenti e protratte e può sorvegliarsi più facilmente che nei climi di altezza, ove possiede un'azione particolarmente intensa, perchè i raggi attinici non sono stati assorbiti che in piccola parte dall'atmosfera. In realtà la cura è attuabile anche nelle località con

luce solare attenuata. Se il freddo è intenso, la cura si può eseguire attraverso i vetri della finestra e l'azione chimica risulta ridotta, ma rimane sempre efficace.

Nella convalescenza delle pleuriti, anche se sospette di natura tubercolare, l'elioterapia è tollerata meglio che nella tubercolosi polmonare; lo è meno, invece, di come non lo sia che nella peritonite tubercolare, nè può essere così precocemente attuata come in quest'ultima.

Gli effetti dell'elioterapia sono eccellenti sulle lesioni specifiche, come pure contro l'atrofia e la paresi consecutiva dei muscoli. La sua azione sulle aderenze pleuriche va sorvegliata, poichè può favorire la tendenza alla sclerosi polmonare.

L'elioterapia è molto valida contro l'anemia, la depressione generale, l'anoressia.

Riposo ed esercizi fisici. — Il riposo assume capitale importanza nella convalescenza della pleurite, come venne dimostrato dalle ricerche di DE DONNAY. Gli sforzi violenti, determinando la trazione delle aderenze, si risolvono in piccoli traumatismi capaci di destare un processo specifico latente od in via di guarigione (in modo analogo questa causa agisce sulle sinoviali di recente infiammate).

L'affaticamento, anche quello da esagerata fonazione (come si ha nei cantanti, nei maestri di scuola) può tornare dannoso alle condizioni locali e generali.

Il *riposo* però va inteso in senso relativo: esso non esclude il moto progressivamente crescente all'aperto, gli esercizi moderati, eventualmente i movimenti passivi eseguiti mercè gli apparecchi di meccanoterapia, il massaggio.

Questo è ulile in specie nell'amiotrofia, frequente dal lato colpito, quando la dispnea si protrae senza che i segni stetoscopici ne diano ragione. Per risvegliare la contrattilità muscolare, giova in specie il massaggio blando, che può essere utilmente coadiuvato da una faradizzazione moderata.

Tra gli esercizi fisici, utilissima è la ginnastica respiratoria, che può praticarsi con la declamazione e col canto graduato, o meglio con inspirazioni profonde, sostenute, tranquille, senza giungere a sforzi inutili, seguite da espirazioni a bocca chiusa, per le vie nasali, più protratte che si può, allo scopo di espellere il maximum di aria residua.

Le inspirazioni ed espirazioni profonde permettono al medico di riconoscere la sede principale delle aderenze, sulla guida delle escursioni costali; però questo segno va interpretato con l'aiuto degli altri dati semiotici e della radioscopia. Si trova, per solito, che il loro maximum corrisponde, come ha fatto rilevare BLUMENFELD, alla 3ª o 4ª costola, in prossimità della colonna vertebrale. Accertata la sede, sarà utile praticare il massaggio e la revulsione sulla zona colpita.

A ciascuno di questi esercizi intensificati segue il fenomeno fisiologico della « sete d'aria », cioè una serie d'inspirazioni involontarie, riflesse, compensatrici, molto efficaci.

La ginnastica respiratoria viene resa molto più facile ed efficace da uno spiroscopio semplice e poco costoso, ideato dal dott. PECHEZ; esso permette la graduazione precisa dei movimenti respiratori: lo stesso paziente rileva la propria capactà respiratoria e può aumentare progressivamente e quasi insensibilmente i suoi esercizi, mercè un rubinetto. Da una all'altra seduta il paziente legge sulla scala dell'apparecchio quanto ha guadagnato.

Tutti gli esercizi fisici vanno praticati in ambiente puro, senza pulviscolo, preferibilmente all'aperto.

È bene che gli esercizi non seguano immediatamente ai pasti.

Alimentazione. — Speciale importanza spetta all'alimentazione, che deve compensare le perdite cagionate da qualsiasi pleurite: la demineralizzazione (in specie quando si sono dovute eseguire estrazioni di liquido), l'amiotrofia più o meno cospicua dal lato affetto, ecc. LABBÉ ha richiamato in modo speciale l'attenzione su questi fatti.

Per rimediarvi, questo autore consiglia una modesta iperelimentazione con carne arrostita, uova, legumi secchi, latte e latticini; inoltre suggerisce l'uso di un po' di carne cruda, per fornire delle proteine facilmente assimilabili; torli d'uovo, per fornire lecitine; decotti di legumi, che contengono composti naturali di fosforo; estratti di malto, che contengono maltosio, fosfati e fermenti diastasici; olio di fegato di merluzzo, che è uno dei migliori alimenti di risparmio e che dovrebbe entrare nel regime di ogni convalescente di pleurite.

Per assicurare un'iperalimentazione regolare, che non cagioni intolleranze gastro-intestinali nè disturbi riflessi cardiaci (cardiopalmo) o respiratorî (dispnea), sono importanti due precauzioni, e cioè: 1° masticare bene i cibi e lentamente; insalivare bene quelli liquidi o semi-liquidi, come il latte e le purées; bere lentamente (JACQUES ha insistito di recente sui danni che possono derivare dalla tachifagia e dalla tachidipsia); 2° mirare più alla qualità che alla quantità; esempi: il tuorlo d'ovo se non è fresco è più nocivo che utile; la carne cruda deve essere fresca e provenire da animali sani; la carne di cavallo cruda è spesso dannosa, perchè di solito si procede alla mattazione di cavalli ammalati e forse anche perchè questa carne contiene discreta quantità di glucosio: essa cagiona facilmente diarree e indigestioni; è ben tollerata ed esente da pericoli invece la carne cruda di agnello; la polvere di carne, relativamente economica, può sostituirsi entro certi limiti alla carne cruda (ma non viene assimilata bene!). HUCHARD ha notato la cattiva influenza

che nei malati affetti da dispnea sogliono esercitare gli alimenti ricchi di tossine: le conserve, i pesci e la carne salata, i formaggi fermentati e così via.

Il sale in eccesso aggrava la difficoltà respiratoria, ostacola il riassorbimento degli edemi e forse anche la risoluzione delle aderenze pleuriche.

Grandi vantaggi si ottengono dal latte, per la sua ricchezza in proteine, in grassi, in sali minerali assimilabili e per la povertà di cloruro sodico e di tossine.

La cura d'uva è stata vantata nei convalescenti di pleurite; costituisce un mezzo di rimineralizzazione.

Bisogna guardarsi da un eccesso di alimentazione che può essere causa di forte pinguedine, dispepsia, ecc.

Rivulsione. — Per attivare il riassorbimento degli essudati e favorire la riduzione delle aderenze, giova molto la rivulsione, la quale dev' essere non energica, ma ripetuta.

I vescicanti sono ora quasi abbandonati, dato il rischio dell' intossicazione da cantaridina e quello di un' infezione secondaria sull'escoriazione cutanea. Tutt' al più, nei casi in cui il dolore e l' ottusità sono molto estesi, E. SIMON consiglia molto piccoli vesciscanti fortemente canforati, che si lasciano in sito solo per tre o quattro ore; SERGENT si loda molto di questi vescicanti volanti.

Anche le punte di fuoco sono oggi poco usate; se mai, si applicheranno con precauzione ed evitando le scottature profonde; GRANCHER ha rilevato che alle punte di fuoco numerose e profonde talvolta seguono fatti congestizi nei polmoni.

Molto più maneggevole è la tintura di iodio, che possiede una indiscutibile efficacia; val meglio praticare pennellazioni poco estese ma tutti i giorni, anzichè pennellazioni massive e su larga superficie a lunghi intervalli: il largo uso della tintura di iodio nella chirurgia ha dimostrato i possibili accidenti che possono conseguire alle vaste pennellazioni della cute: dispnea, bronchiti, laringiti; nei fanciulli E. SIMON ha riconosciuto anche albuminuria. La tintura di iodio delle farmacopee è molto concentrata (conviene diluirla con alcool o glicerina). Se non è fresca produce facilmente irritazione ed escoriazioni della cute (si può ripristinarla col metodo GAGLIO, ossia aggiungendovi qualche cristallino di acido iodico). Viene tollerata meglio se leggermente stiepidita a bagno maria: si evita così la sensazione di freddo che essa produce a causa della evaporazione dell'alcool e che viene risentita come molesta specie dai bambini.

Tra i rivulsivi, i così detti fondenti o risolutivi, una volta tanto usati nella terapia, sono oggi quasi dimenticati; tuttavia le frizioni di trementina pura giovano a calmare i dolori e producono rapidamente una lieve rivulsione. Nei soggetti sifilitici verranno sperimentate localmente le frizioni mercuriali, l' empiastro Vico.

Dopo ch' è cessata la febbre e ogni altro accidente subacuto, corrisponde bene l'uso di compresse imbevute semplicemente in soluzioni concentrate di sale o di cloruro ammonico. Si tratta di una pratica razionale, dacchè viene a stabilirsi una, sia pur lenta ed insensibile, corrente osmotica, diretta dalla cavità pleurica verso la soluzione ipertonica.

Per il cloruro ammonico (sale ammoniaco) si comincia con una soluzione al 10 % e non si deve superare il 20 %; pel cloruro sodico si può raggiungere il 25 %.

Le compresse, in sei duplicature, vengono imbevute nella soluzione stiepidita o riscaldata (si deve evitare ogni sensazione di freddo) e ricoperta con taffetà adesivo. Appena il soggetto avverte una sensazione di fresco, ciò che avviene dopo qualche ora, si toglie la compressa.

Le applicazioni possono essere quotidiane, salvo che non provochino irritazioni cutanee.

Molto più valido delle correnti osmotiche prodotte mediante queste soluzioni saline concentrate, è l' ionoterapia, la quale determina una vera medicazione interna: per il passaggio della corrente elettrica, le molecole alcalino-terrose, contenute nelle aderenze cicatriziali (carbonato e fosfato di sodio, di calcio, di magnesio, ecc.) vengono discacciate dal cloroione, che penetra per il polo negativo, ed asportate.

Questo metodo presenta il grande vantaggio di essere efficace anche in un periodo tardivo, quando la retrazione del torace e la scoliosi della colonna vertebrale si sono costituite e stabilizzate (in tutti i casi di scoliosi LEDUC consiglia di ricercare, come agente casuale, una sinfisi pleurica).

Però nei casi di tubercolosi accertata o sospetta, la demineralizzazione e il rammollimento della cicatrice pleurica vanno eseguite con precauzione ed avvedutezza.

La tecnica di LEDUC per la ionoterapia delle sinfisi pleuriche è la seguente: come anode indifferente (polo positivo), il soggetto immerge i piedi in un catino di acqua salata calda, che viene mantenuta tale durante tutta l'operazione; come catode attivo (polo negativo) si ha una grande compressa di tessuto idrofilo, duplicata sei volte, imbevuta in una soluzione calda di cloruro di sodio; questa compressa, ricoperta da una placca di stagno puro, si applica sulla parte ammalata. L' intensità della corrente può raggiungere lentamente cento milliampères, per una compressa di 200 cmq. La seduta si prolunga per un'ora, senza mai provocare scottature o sintomi di stanchezza da parte del paziente. Sono da evitare le interruzioni, come pure le brusche variazioni d' intensità della corrente, in specie dal lato sinistro del torace. Durante il primo mese si

praticano due sedute alla settimana; nel secondo e terzo, una alla settimana; a partire dal quarto, basta una seduta ogni quindici giorni; da questo momento i risultati sono manifesti: si vedono crescere in ampiezza i movimenti respiratori, il murmure vescicolare risulta più netto, l'oscurità radioscopica si mostra ridotta, lo stato generale migliora. La scoliosi e l'amiotrofia del lato colpito sono gli ultimi fatti a scomparire. Da applicazioni tardive possono sperarsi ulteriori miglioramenti.

Anche nella scoliosi così detta essenziale degli adolescenti, si giunge qualche volta, per mezzo della ionoterapia, a correggere la deformazione, senza aiuto dell'ortopedico, ed anche là dove l'opera dell'ortopedico sarebbe manifestamente inefficace: secondo LEDUC, come abbiamo già accennato, questa scoliosi sarebbe spesso l'esprescione di sinfisi pleuriche giovanili.

Cura farmaceutica. — In passato si prescrivevano in limiti molto ristretti i rimedi farmaceutici ai convalescenti di pleurite; diceva LABBÉ che gli alimenti nutritivi, eccitanti, ricostituenti, valgono più dei medicinali.

Ora però si ricorre a questi ultimi con una certa larghezza, *a complemento delle altre cure.*

In ogni caso di dimagramento, di dispnea persistente e per agevolare l'acclimatazione alle stazioni di altezza, è utile l'arsenico in forma di cacodilati, di arseniti.

Lo iodio, gli ioduri e altri composti iodici sono consigliabili per attivare il riassorbimento delle aderenze, ma talvolta l'eliminazione dello iodio attraverso le vie respiratorie provoca delle bronchiti congestizie. Sono meglio tollerate le pennellazioni di tintura di iodio. Ancora meglio questo elemento viene tollerato associandolo al tannino in forma di sciroppo o di vino iodo-tannico fosforato (lo iodio si combina col tannino e con molte altre sostanze organiche: diviene per tal modo meno attivo, ma provoca meno facilmente i fatti di iodismo). Il tannino presenta anche il vantaggio di far diminuire i sudori, così facili nei convalescenti. In modo analogo agiscono anche le frizioni all'oleato di eucaliptus.

Giova l'uso dei composti di fosforo per attivare la rimineralizzazione: fosfati, ipofosfiti, glicerofosfati, in specie di calcio.

Può anche giovare l'uso degli amari, quali tonici del sistema digerente e quali tonici generali.

Per la china è preferibile la formula di POTAIN:

Pr.: Estratto molle di china gr. 10
Glicerina neutra » 20
Acqua distillata cmc. 150

Si filtri bene. Una cucchiaiata da dessert prima del pasto in un po' d'acqua. Se vi è anoressia, TISSIER raccomanda di aggiungere a questa soluzione due grammi di tintura amara di Baumé.

Infine, sono da ricordare due rimedi vantati come dissolventi energici del tessuto connettivo cicatriziale, la tiosinamina e il suo derivato fibrolisina, per iniezioni ipodermiche. La loro efficacia pare certa sul tessuto cicatrizziale esterno e recente; ma è d fficile valutarne l'effetto in profondità: per lo meno esso è dubbio. Si aggiunga che questi rimedi sono poco maneggevoli: si osservano casi di intolleranza individuale; per es. con 30 centig. di tiosinamina si sono viste insorgere vertigini, diarrea, paresi, ecc.; perciò la dose non deve oltrepassare 10 centig.; insomma l'uso di questi due rimedi è delicato, la loro efficacia incerta. R. B.

CHIRURGIA

Il " circolo vizioso „ dopo la gastro-enterostomia e i mezzi di rimediarvi. La mobilizzazione dell' ansa duodeno-digiunale.

(H. VULLIET - *Revue Médicale de la Suisse Romande,* n. 12, dicembre 1918).

Se la sintomatologia del « circolo vizioso » è semplice e testimonia in fondo di un ileo meccanico acuto situato in alto, le cause invece sono diversissime e spesso oscure. KAUSCH dice che quattro possono essere queste cause: 1° fissazione antiperistaltica di un'ansa lunga; 2° torsione e compressione dell'ansa efferente; 3° formazione di uno sperone; 4° flaccidità dello stomaco e dell'intestino.

Checchè ne sia, l'accidente, non sempre imputabile ad un difetto di tecnica, fu frequente nel periodo in cui si fece l'anastomosi con un'ansa lunga (torsione) e a fissazione stomacale corta (sperone). Fu per questo che ROUX immaginò l'y e BRAUN l'entero-anastomosi.

Il circolo vizioso divenne meno frequente con la gastro-enterostomia posteriore, probabilmente perchè l'ansa anastomotica era più corta. E' certo che, con i processi attualmente impiegati, che utilizzano l'ansa digiunale il più vicino possibile all'angolo fisso duodeno-digiunale e che richiedono un largo accollamento gastro-intestinale, gli accidenti sono stati ridotti in così larga misura che i processi più complessi (y, entero-anastomosi) sono stati completamente abbandonati.

Benchè siano divenuti rari, gli accidenti meccanici acuti dopo la gastro-enterostomia non sono scomparsi: la lettura delle pubblicazioni più recenti dimostra che il circolo vizioso, come l'ulcera peptica, merita ancora di fissare l'attenzione dei chirurgi e che non è stato detto tutto sui mezzi di prevenirlo e di vincerlo.

Il circolo vizioso, con le sue conseguenze fatalmente mortali se non si opera, suppone la chiusura completa dell'apertura gastro-digiunale: si tratta di un ileo meccanico acuto e non comporta che

una soluzione. Se, dal punto di vista clinico, può sembrare ozioso di discuterne le diverse modalità, è per contro interessante, in ciò che concerne l'atto chirurgico tecnico, di esaminare le diverse eventualità che possono presentarsi.

Nel vero circolo vizioso, il contenuto gastrico si raccoglie nell' apertura afferente (gastro-duodenale) e refluisce nel duodeno e nello stomaco attraverso il piloro permeabile, per tornare nel cattivo capo dell'anastomosi; il duodeno può essere a pena dilatato. Se il piloro è chiuso o e ciso, il liquido fluisce e refluisce dallo stomaco nel duodeno ch'esso dilata; è un movimento di pendola.

Si concepisce facilmente il mezzo liberatore dell'entero-anastomosi negli accidenti di questo genere. Ma si possono ammettere, benchè eccezionali, altre possibilità; le due branche dell'anastomosi possono essere chiuse per torsione o inginocchiatura; se il piloro è permeabile, la bile refluirà nello stomaco, che la vomiterà, ma, se il piloro è chiuso, si ha la dilatazione forzata del duodeno trasformato in vaso chiuso. In questi casi, l'entero-anastomosi non toglierà l'ostacolo che se il piloro è permeabile, la circolazione può allora ristabilirsi, gastro-anastomosi esclusa; se il piloro è chiuso, la nuova entero-anastomosi evacuerà bene la bile, ma lo stomaco resterà senza uscita.

Queste considerazioni dimostrano che l'entero-anastomosi secondaria, spesso efficace, non può pretendere di rimediare a tutte le eventualità del circolo vizioso. Non vi sono che due mezzi da ritenere che, per un cammino differente, cercano di ristabilire l'evacuazione gastrica: l'uno, servendosi dell'ansa afferente (gastro-duodenale), è l'entero-anastomosi; l'altro, lasciando da parte completamente la precedente anastomosi, ne crea una nuova, il più spesso alla regione anteriore dello stomaco.

Con l'uno come con l'altro mezzo la prima condizione di successo è di operare di buon'ora, senza perdere tempo: gli accidenti sono gravissimi e minacciano la vita del malato. La diagnosi s'impone nella maggioranza dei casi. I vomiti biliari abbondanti che si presentano in alcuni operati subito dopo l'atto operativo, possono indurre in errore; ma l'insieme della situazione farà rapidamente cattiva impressione nel vero circolo vizioso: accelerazione del polso, occhi incavati, lineamenti stirati, lingua secca, colore e odore sospetti dei vomiti.

1º L'entero-anastomosi (secondaria)

Essa fu certamente indicata solo nel periodo in cui si fece la gastro-enterostomia, anteriore o posteriore, con un'ansa lunga; il capo afferente ancora fluttuante, poteva essere facilmente condotto a contatto dell'ansa digiunale (efferente). La tecnica dell'anastomosi era semplice e rapida. La gastro-enterostomia posteriore senz'ansa ha reso eccezionale il circolo vizioso, ma, avvicinandosi il più possibile all'angolo fisso duodeno-digiunale, ha soppresso le condizioni favorevoli per una entero-anastomosi; non si dispone più di un'ansa afferente libera e sufficientemente lunga.

È a creare artificialmente queste condizioni che mira la mobilizzazione della parte sinistra del duodeno (flessura duodeno-digiunale e parte ascendente del duodeno), operazione descritta da SCHUMACHER, studiata in tutti i suoi dettagli e messa in opera praticamente da CLAIRMONT, che ne ha fissato i mezzi di realizzazione.

Il colon trasverso è attirato in alto, il digiuno a destra, le pieghe duodeno-digiunale e duodeno-mesocolica sono così tese. La piega superiore (angolo duodeno-digiunale) è sezionata rasente alla sua inserzione all'intestino; poi, sulla faccia anteriore della parte ascendente, si seziona il peritoneo parietale posteriore che si scolla in fuori; il duodeno può allora essere facilmente liberato, scollato dal tessuto cellulare retroperitoneale e portato fuori dell'addome.

Sul cadavere questa mobilizzazione del duodeno è facilissima. Sul vivente i rapporti vascolari restano un punto delicato: la loro ferita sarebbe un accidente gravissimo per non dire fatale.

I vasi mesenterici superiori non entrano in questione, ma non si dimenticheranno i rapporti abbastanza intimi dell'arco vascolare di TREITZ (arteria colica sinistra superiore e vena mesenterica inferiore) con la parte terminale del duodeno, nè le anomalie possibili dell'arteria mesenterica inferiore. In condizioni normali, attraverso un peritoneo non alterato, i vasi sono visibili, palpabili e l'accidente è escluso. Disgraziatamente non è in queste condizioni che si opera allorchè si vuole mobilizzare il duodeno per rimediare al circolo vizioso o per resecare un'ulcera peptica. È spesso difficile orientarsi e non sempre si riesce ad evitare dannose sorprese.

In ogni caso si tratta di un'operazione delicata e che può essere di lunga durata. Quest'ultimo punto merita di essere preso in seria considerazione allorchè si tratta di malati che si rioperano, indeboliti dalla denutrizione e con una resistenza precaria.

2º La gastro-enterostomia

È inesatto o esagerato di dire che nessun altro mezzo può essere tenuto in considerazione, per la cura del circolo vizioso, oltre l'entero-anastomosi, dacchè CLAIRMONT ne ha resa facile la tecnica grazie alla mobilizzazione duodenale. Una nuova gastro-enterostomia, il più spesso anteriore, se possibile in corrispondenza dell'antro, può rimediare agli accidenti del circolo vizioso. Nessuno può non

constatare ch' essa è più semplice, più facile e alla portata di ogni chirurgo, più rapida, ciò che in moltissimi casi ha un' importanza capitale, che l' entero-anastomosi dopo mobilizzazione del duodeno. Il metodo è sopratutto efficace se si reinterviene precocemente. È dannoso di credere che la soppressione della narcosi permetta di prolungare impunemente le manovre endo-addominali.

Su quattro operati, in cui l' A. ha applicato la gastro-enterostomia secondaria (anteriore) negli accidenti del circolo vizioso, ha avuto tre guarigioni e un morto, questo per la colpa grave commessa di aver ritardata la seconda operazione.

Conclusioni

La mobilizzazione della parte sinistra del duodeno, secondo SCHUMACHER e CLAIRMONT, è un intervento di un grande interesse, suscettibile di rendere reali servizi in chirurgia gastro-intestinale. In ciò che concerne specialmente il circolo vizioso, esso rende praticabile l'esecuzione di un' entero-anastomosi che metterà fine, nella maggioranza dei casi, agli accidenti d' occlusione. E si può senza esagerare emettere l' assioma che senza mobilizzazione dell' ansa duodenale sinistra non è possibile nessuna entero-anastomosi secondaria dopo una gastro-enterostomia retrocolica posteriore corretta.

Riconosciuti questi meriti, si deve aggiungere che la mobilizzazione, semplicissima sul cadavere, può offrire sul vivente serie difficoltà e far correre dei rischi.

È esagerato dire che, per vincere il circolo vizioso, ogni atto operativo ad eccezione dell'entero-anastomosi deve scomparire dopo che si è escogitata la liberazione del duodeno.

Una nuova gastro-enterostomia, ben posta, semplice, facile, rapida, è destinata a rendere ancora preziosi servizi.

B. MASCI

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Pavia
diretto dal prof. L. ZOJA

Contributo allo studio della leucemia acuta linfatica

per il prof. ANTONIO GASBARRINI, aiuto e libero docente

Credo non privo d'interesse riferire su di un caso di leucemia acuta linfatica per alcune considerazioni a cui esso si presta d'ordine ematolog co e terapeutico.

Trattasi di un ragazzo di 15 a. accolto in Clinica in stato di profonda anemia. Fu sempre sano fino a 13 a. quando ammalò di una forma intestinale, diagnosticata dal medico curante per infezione tifoide, della quale il paziente guarì completamente dopo un mese circa. Due mesi prima che il malato venisse in Clinica, i genitori avevano cominciato a notare nel figliuolo un graduale e sensibile impallidimento della pelle; il ragazzo si nutriva poco, accusava facile stanchezza, affanno di respiro al minimo sforzo e qualche volta annebbiamento della vista. Insorse più tardi febbre che lo tenne a letto per una quindicina di giorni. Da una cura ricostituente trasse lieve vantaggio, ma ben presto il grado di anemizzazione e di spossatezza si accentuarono al punto da obbligare l'infermo ad entrare in Clinica.

Quando fu visto da noi, il dato obbiettivo più saliente che subito colpiva era l'estremo pallore della cute e delle mucose. Nelle regioni sottomascellari, nelle ascelle, al collo, all'epitroclea, agli inguini si palpavano numerose ghiandole di consistenza media, di grandezza varia, da una testa di spillo ad una nocciuola, bene spostabili, indolenti. Bastava far muovere il paziente perchè insorgessero affanno e cardiopalmo. Presentava 38°-5 di temperatura, polso frequente, pressione bassa (95 mm. Hg. col Riva-Rocci). Nulla si apprezzava di particolare all'apparecchio respiratorio. Il cuore non appariva ingrandito; si udiva un rumore anemico sopratutto sul focolaio della polmonare. La milza era molto ingrandita, piuttosto dura. Anche il fegato era grosso. Nelle urine non era visibile la stria della bilina all'esame spettroscopico.

L'emocoltura, la sierodiagnosi per tifo e paratifi, la cutireazione alla tubercolina riuscirono negative; senza effetto rimase anche l'iniezione di cc. 10 di sangue del malato nel peritoneo di una cavia.

L'esame del sangue dava: 12 % di Hb; gl. r.: 940.000 e leuc. 220.000 per mmc.; valore gl. =0,64. Esistevano pochissimi eritrociti con sostanza granulo-filamentosa. La formula leucocitaria era costituita in gran parte da elementi della serie linfatica (fino all'82 %) fra cui molte forme immature (linfoblasti e prolinfociti); i linfociti maturi erano quasi tutti piccoli. Esisteva una leucopenia neutrofila (1,7 %); non elementi della serie mielocitica. Assenza di megaloblasti; soltanto pochi normoblasti. Qualche rara piastrina. Tale reperto ematologico parlava dunque per una leucemia acuta linfatica con grave anemia aplastica.

Dopo qualche giorno di degenza in Clinica si praticò un'iniezione endovenosa di siero-vaccino curativo antistreptococcico del CENTANNI (cc. 1,5 di stomosina antistreptococcica). Dopo 3/4 h. insorse un intenso brivido di freddo durato circa 60' e tosto seguito da una rapida ascesa della temperatura, che raggiunse dopo qualche ora 40°-2 e verso sera si andò abbassando per crisi tra profusi sudori, tantochè il giorno dopo il ragazzo era sfebbrato; da allora la temperatura rimase sempre pressochè normale. Nello stesso tempo il malato cominciò ad avvertire un senso di sollievo e di benessere generale, tornò l'appetito e dopo qualche giorno si sentì di lasciare il letto. Ma il fatto di maggiore interesse era offerto da una notevole e progressiva riduzione del volume della milza e delle ghiandole linfatiche, e sopratutto di una rapida diminuzione dei leucociti, i quali da 220.000 per mmc. già al 3° giorno dopo l'iniezione erano scesi a 55.200 e dopo 12 giorni a 6400. La formula leucocitaria, pur permanendo leucemica, aveva assunto la fisonomia di linfatica cronica per la diminuzione delle forme immature linfoidi (linfoblasti e prolinfociti). I polimorfi neutrofili raggiunsero il 5,9 %. L'Hb. da 12 salì a 16 %, i gl. rossi da 940.000 si portarono ad

1.040.000; erano più numerosi i normoblasti, le emazie con sostanza granulo-filamentosa, e quelle con granulazioni basofile; comparve inoltre la stria bilinica nelle urine. Parallelamente alla riduzione del numero dei leucociti si ebbe una forte eliminazione di acido urico per le urine, raggiungendo valori assai alti, che permasero fino in ultimo.

Quando da un insieme di fatti sembrava che il paziente andasse realmente migliorando, questi, in seguito ad errore dietetico, fu colpito da febbre e disturbi gastro-intestinali, che aggravando il grado di anemia, già cospicuo, lo condussero a morte entro due giorni.

All'autopsia si constatò: visceri pallidissimi; tonsille un po' grosse; timo persistente ed ingrandito; ingrandimento di quasi tutte le ghiandole linfatiche; dilatazione del cuore destro; miocardo degenerato con emorragie sotto-endocardiche; nello stomaco piccole emorragie sotto-mucose; fegato aumentato di volume; milza del peso di g. 260, di forma normale, colore ardesiaco, abbastanza dura; pancreas duro; reni anemici con capsula ispessita e poco distinta la sostanza corticale da quella midollare; midollo diafisario del femore rosso-bruno, ben distinguibile per intensità di colorazione dal midollo epifisario.

All'esame istologico del midollo osseo, della milza e delle ghiandole linfatiche si notò una profonda alterazione della loro struttura normale. Nel midollo osseo il tessuto mieloide appariva sopraffatto dagli elementi della serie linfatica, sopratutto da piccoli linfociti maturi, i quali attorno ad alcuni vasi si disponevano abbastanza regolarmente, a guisa di centri concentrici. Si notavano tuttavia qua e là anche dei globuli rossi nucleati, pochi mielociti, perlopiù neutrofili e pochi polinucleari. La milza presentava parimenti una struttura linfoadenoide. Non vi si notavano megacariociti. Infiltrazioni di leocociti esistevano anche nel fegato, nei reni, nel cuore, nel timo ed in altri visceri.

E ciò a conferma della diagnosi clinica.

Ma un altro punto del caso nostro merita particolare considerazione, quello che si riferisce alla influenza esercitata dal vaccino antistreptococcico sulla crasi sanguigna del malato.

Abbiamo detto che dopo dodici giorni dalla iniezione i valori della emoglobina e dei globuli rossi, pur restando assai bassi, avevano la tendenza a salire; si notava inoltre un lieve aumento delle emazie con sostanza granulo-filamentosa e con granulazioni basofile, nonchè degli critrociti nucleati, alcuni con corpi del Joly; tale reperto, unito alla constatazione della stria bilinica, attestava un risveglio, per quanto lieve, dell'attività degli organi emopoietici.

Ben più suggestive furono le modificazioni dei globuli bianchi, i quali da 220.000 scesero a 6400; inoltre, per il diminuire delle forme immature linfatiche, il processo leucemico aveva perduto le caratteristiche di acutezza.

Una riduzione numerica dei leucociti nella leucemia per infezioni intercorrenti (eresipela, ileotifo, tubercolosi, pneumonite, ecc.) o per azione di prodotti bacterici (tubercolina, tossina streptococcica, vaccino antitifico) fu già osservata da alcuni autori (Nichols, Klein, Eisenlohr, Kraus, Nageli, Allabia, Schupfer, Moreschi, ed altri).

Sono allora possibili le seguenti eventualità: I° riduzione più o meno considerevole del numero dei lecouciti con o senza modificazione della formula leucocitaria leucemica e del numero delle ghiandole linfatiche e della milza, mentre all'autopsia la milza, le ghiandole e il midollo osseo presentavano ancora le caratteristiche alterazioni leucemiche (casi di Nichols, Eisenlohr, Klein, Schupfer, ed altri); II° regressione di ogni sintoma leucemico, in modo da non ritrovare più nel sangue circolante e alla necroscopia le note della leucemia (caso di Kraus).

Il Moreschi in un caso di leucemia linfatica cronica complicata da tifo ed in due malati di leucemia mielogena, sottoposti a vaccinazione antitifica per via endovenosa, ebbe a constatare una diminuzione dei leucociti, nel primo caso, tutta a carico dei linfociti, negli altri due invece a carico indistintamente di tutti i globuli bianchi, come nel mio caso. Tale riduzione fu però temporanea, ed in uno dei vaccinati, fugacissima (dopo 55 ore la cifra dei leucociti era risalita come prima).

Nel caso nostro invece la curva dei globuli bianchi, se si eccettua un lievissimo rialzo al settimo giorno dopo il vaccino, è andata progressivamente abbassandosi.

Pertanto, come si devono interpretare le modificazioni indotte dal vaccino sul numero dei globuli bianchi? Non si possono emettere che ipotesi. Innanzitutto ci domandiamo: si è trattato di una riduzione *reale* od *apparente* dei leucociti, dovuta nel primo caso ad eccessiva distruzione od a diminuita produzione di essi da parte degli organi emopoietici, in quest'ultimo caso, al loro accumulo nei visceri profondi (azione chemiotattica negativa del vaccino)? L'aumento considerevole dell'eliminazione dell'acido urico per le urine ci permette di ritenere che la riduzione dei globuli bianchi osservata nel nostro paziente fosse dovuta ad un vero processo di leucocitolisi.

Il numero degli elementi morfologici del sangue non è dato evidentemente che dal rapporto tra elementi che si formano ed elementi che si distruggono. Ed è perciò che dal conteggio dei globuli rossi e dalla eliminazione del bilinogeno nelle feci e nelle urine soltanto si potrà avere un criterio esatto per stabilire se l'equilibrio espresso dal numero di globuli trovato sia dovuto a pareggio od a difetto di questi due fattori. Ora, mentre per stabilire la lisi dei globuli rossi possediamo un criterio ottimo chimico, il bilinogeno, per i globuli bianchi ve n'è uno indiretto, e cioè, il modo di comportarsi della eliminazione dell'acido uriro endogeno. Questa ricerca meriterebbe di essere più attentamente studiata, potendo forse lumeggiare l'essenza del processo leucemico.

Nel nostro caso si può fino ad un certo punto ritenere che fosse alquanto diminuita anche la iperproduzione dei leucociti, a giudicare dalla riduzione di volume della milza, delle ghiandole e delle forme immature della serie linfatica.

Si è detto che nel malato iniettammo una stomosina antistreptococcica: con quale meccanismo avrebbe agito il vaccino? Stando alle idee del CENTANNI sulla terapia vaccinale aspecifica risolutiva, si potrebbe pensare che nella leucemia esistesse qualche rapporto con l'intossicazione peptonica (disintegrazione di proteine in genere, che pare la base della rezione), nella quale sappiamo che avviene una forte distruzione di leucociti; in altri termini, la stomosina avrebbc agito da ormone, sia mobilizzando i fermenti liberatisi in seguito a distruzione dei leucociti, sia stimolandone la formazione ex novo.

Non si può escludere che il vaccino abbia operato con un meccanismo (del resto anch'esso assai oscuro) identico a quello dei raggi X, o del benzolo nelle forme leucemiche, potendosi anche qui avere — come è noto — una rapida diminuzione dei globuli bianchi fino a toccare cifre normali ed un lieve aumento dei globuli rossi, riduzione di volume della milza e delle ghiandole linfatiche, miglioramento nelle condizioni generali degli infermi.

Comunque, è da domandarsi se nella stimolazione alla leucocitolisi abbia concorso anche l'azione dei prodotti dei leucociti, che sono andati distrutti. È probabile che da tali prodotti della citolisi globulare sia derivata un'azione eccitatrice. Ma queste, ripeto, sono tutte ipotesi; forse entrano in campo fattori che non conosciamo.

Nel caso nostro il vaccino ebbe tendenza a migliorare il processo leucemico? Non si può dire con sicurezza; se è vero però che all'esame istologico trovammo notevoli alterazioni degli organi emopoietici e la formula leucocitaria permase leucemica fino all'ultimo, d'altra parte, l'intensa e graduale distruzione dei globuli bianchi e la diminuzione delle forme immature della serie iinfatica, il lieve aumento dell'emoglobina e degli eritrociti, in specie delle forme giovani, la forte riduzione di volume della milza e delle ghiandole, il senso di sollievo e di benessere generale denunciato dal paziente deponevano piuttosto per un reale miglioramento.

Ma per emettere un giudizio attendibile al riguardo occorrerebbe ripetere le ricerche in altri leucemici.

Pavia, luglio 1919.

Accademie, Società Mediche, Congressi

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

R. Accademia Medica di Roma

Seduta ordinaria del 27 aprile 1919

Presidenza del prof. V. ASCOLI, Vice-presidente

Resezione dell' ala dell' osso iliaco e dell' articolazione sacro-iliaca per sarcoma della fossa iliaca esterna.

Prof. R. BASTIANELLI — L' O. illustra la sua comunicazione presentando anche le radiografie del soggetto.

Il prof. MARGARUCCI chiede se dal laccio di Momburg usato dal prof. BASTIANELLI nell'intervento chirurgico, l' O. abbia visto insorgere fenomeni tardivi gravi.

Il prof. BASTIANELLI risponde risultargli dalla sua esperienza che i cuori sani di individui giovani lo sopportano abbastanza bene.

Il pneumoperitoneo artificiale nella diagnostica radiologica.

Prof. P. ALESSANDRINI — L' O. espone la tecnica necessaria alla sua applicazione ed i primi risultati ottenuti.

Il prof. ALESSANDRI osserva l' importanza della garanzia che non ci siano aderenze intestinali. In ogni modo rileva come il metodo faciliti enormemente la diagnosi di molte affezioni addominali, rendendole addirittura banali.

Sulla encefalite emorragica influenzale e sulle sindromi nervose dell' influenza.

Prof. A. BIGNAMI — L' O. espone quanto ha potuto osservare in tre casi da lui esaminati di encefalite emorragica.

Il prof. GHILARDUCCI ricorda un caso da lui osservato nell' 89 di polineurite anteriore acuta di origine influenzale che è il primo caso ricordato nella letteratura di lesioni organiche del sistema nervoso di origine influenzale. E. GROSSI

Società Medica Chirurgica di Bologna

Sopra un caso di actinomicosi cutanea e viscerale

C. LONGO — Espone l' anamnesi, l' esame obbiettivo, il riassunto dei diari di questo caso, che riguarda un contadino di anni 21 entrato nell' Istituto di patologia speciale medica il 13 aprile del passato anno ed ivi venuto a morte il giorno 8 agosto. La malatia s' era iniziata nel marzo, con dolori toracici e tosse accompagnata da escreato scarso, muco-purulento; poi febbre serotina, profusi sudori notturni, dolori agli arti inferiori, diarrea

alternata a stitichezza, indebolimento, dimagramento, noduli alla pelle dell'addome che raggiunsero la grossezza di una noce, ed altri all'inguine e alle coscie.

L'esame batteriologico culturale del pus di questi noduli fu sempre negativo; esaminato invece una volta direttamente al microscopio, si constatò la presenza di un fungo raggiato, l'*actinomyces*, sempre poi confermata anche con la biopsia di alcuni tumori. Le culture in agar brodo riescirono positive per l'*actinomyces bovis*. Descritti i tumori e detto qualche cosa sulla loro evoluzione, l'O. passa a riferire i dati dell'autopsia, potuta eseguire solo al torace e all'addome.

L'esame anatomico conforta il giudizio che la lesione primitiva sia stata l'infiammazione della pleura sinistra, perchè ivi si mostrarono postumi di antica pleurite ed una avanzata sclerosi del polmone. A questa localizzazione pleuro-polmonare è poi seguita per via ematica l'invasione della pelle, fegato, milza, pericardio, cuore, intestino, rene, così da produrre il quadro clinico di una sepsi con metastasi in tutti gli organi.

Il malato custodiva bestiame, dormiva nella stalla, aveva l'abitudine di tenere in bocca delle festuche di erba: condizioni queste che lasciano supporre che l'infezione dell'*actinomyces bovis* sia avvenuta per la bocca, attraverso le tonsille. Circa la diagnosi differenziale, prima dell'esame microscopico, si poteva parlare di una forma tubercolare con ascessi freddi sottocutanei, o di una forma di sarcoidi sottacutanei di Darier-Roussy, e su queste forme appunto l'O. si intrattiene.

Sulla origine del fenomeno di Babinsky

A. LITVAK — In base a diversi casi clinici personali discute sul meccanismo di questo segno, noto come si sa col nome di « fenomeno dell'alluce », e porta un contributo alla ipotesi del GOLDFLAMM, che pone la sede di questo riflesso nel midollo spinale, e quindi anche al problema dei « riflessi di automatismo midollare » messo in luce da MARIE e FOIX. Il disserente ha già descritto nei *Quaderni di Psichiatria* la presenza di un riflesso plantare in flessione, il quale sia per la sua sede, sia per il suo significato, nulla ha a che fare col riflesso plantare in estensione, cioè col segno di Babinsky. Ma entrambi, conclude egli, rappresentano i segni minimi dell'automatismo midollare, mentre il riflesso di Marie e Foix ne è il segno massimo.

Doppia lesione del laringe e dell'esofago da scheggia di granata - Tracheotomia; esofagofaringostomia; laringostomia; dilatazione e guarigione.

G. B. STRETTI — Presenta ed illustra un caso di lesione doppia del laringe e dell'esofagio in un soldato accolto nella Clinica. In un primo tempo si dovette provvedere a liberare il campo da sequestri cartilaginei, a togliere la comunicazione tra il laringe e l'esofago e a ristabilire la continuità di questo. In un secondo tempo, chiarita la sistemazione definitiva del laringe, che risultò in perdita grave di tessuto cartilagineo e stenosi completa, la si curò con la laringostomia seguita da dilatazione a cielo aperto. Da ultimo si fece la plastica della apertura residua col metodo a lembi cutanei laterali sovrapposti. Si ebbe guarigione.

Intanto il disserente ricorda come spetti al prof. RUGGI il merito di avere per il primo ideata ed eseguita nella pratica civile la laringostomia, con successiva dilatazione e ricostruzione del tubo laringo-tracheale; ed accenna alle modificazioni introdotte dagli altri nella tecnica di questo intervento, che però è rimasto nella sua base fondamentale stabilita dal RUGGI.

Dott. GUIDO M. PICCININI

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA

CASISTICA

Le forme cliniche dell'ascesso cerebrale

Se ne possono distinguere (C. G. CUMSTON - *New York med. Journ*, 10 maggio 1919) sei principali. Il tipo classico è quello di un paziente con otorrea cronica, che è preso improvvisamente da brividi, febbre a 40°, con cefalea e dolori alla schiena; si nota una leggera rigidità del collo, talora il segno di Kernig e disturbi vaso-motori; polso e respiro normali. Questo stato di cose dura alcuni giorni, poi la temperatura si abbassa, ritorna l'appetito: rimane però la cefalea ed il paziente dimagra, poi muore improvvisamente o cade in coma mortale.

La prima fase è caratterizzata dall'infiammazione meningea, dovuta all'encefalite; dopo una diecina di giorni, si ha la remissione; il pus si incista e la maggior parte dei sintomi scompare, ma la temperatura non ritorna mai normale e può mostrare oscillazioni per le lesioni infettive attorno al focolaio purulento. L'unico sintomo persistente è la cefalea. La terza fase è improvvisa, per lo svuotamento del pus nelle meningi o nei ventricoli.

La forma tifoide ha uno sviluppo lento. Vi è prostrazione, cefalea continua, talvolta epistassi con temperature verso i 40°. Qualche volta un leggero delirio, o afasia, ma nulla fa supporre che si tratti di ascesso cerebrale, a meno che non lo si possa sospettare per l'esistenza di lesione auricolare; la terminazione è sempre la morte.

La forma meningea può essere riconosciuta abbastanza presto, poichè nell'ascesso cerebrale vi è

sempre compartecipazione delle meningi: i sintomi provenienti da queste attirano subito l' attenzione. La temperatura è irregolare.

Nella forma latente, non vi sono indizi di processo infettivo, non disturbi sensitivo-motori notevoli, solo una leggera cefalea: si può avere la morte subitanea senza sintomi premonitori. L' aspetto medico-legale di questi casi è da ricordarsi.

Anche nella forma remittente, la prima fase passa nel silenzio dei fenomeni: il paziente si lagna di stanchezza generale ed intellettuale, cefalea, leggeri aumenti di temperatura. Questi fenomeni scompaiono, finchè un giorno interviene un accesso epilettiforme ed il paziente muore in coma.

Un' ultima forma clinica è quella in cui l' ascesso assume il quadro di un tumore cerebrale: polso raro, cefalea, vertigini, vomiti: tali sintomi progrediscono con apiressia e solo l' esame dell' orecchio può far sospettare l' ascesso cerebrale.

r. s.

Sintomi generali della trombosi dei seni

Solitamente si hanno febbri alte (40°,5, ed anche 41° nei fanciulli), in altri casi invece si ha un tipo remittente: qualche altra volta invece la febbre è poca o nulla ed allora la diagnosi viene fatta al tavolo anatomico (BRAUN, *New York med. Journ*, 21 dic. 1918). Quando la febbre è a tipo remittente, ogni rialzo termico è accompagnato da brivido: questo può anche essere unico, all' inizio della malattia, oppure presentarsi ripetutamente negli stadî avanzati; talora manca del tutto. In complesso, può ritenersi che la comparsa del brivido corrisponda ad una nuova invasione di batterî nel gran circolo.

I sudori possono seguire il brivido, oppure aversi anche senza di esso.

Il polso, di regola, è frequente, piccolo e, verso la fine, si fa debole: a temperatura quasi normale, il polso non è molto frequente.

Fra i sintomi gastro-intestinali, si ha di solito lingua impatinata, anoressia, talora vomito, itterizia; stitichezza oppure diarrea. Nei casi con sintomi gastro-intestinali spiccati potrebbe farsi qualche scambio con la tifoide.

Rari sono i disturbi del sensorio, come pure la vertigine; nei casi con delirio e coma è da ammettersi la complicazione della meningite.

Le metastasi mancano nei casi a decorso rapido, mentre non sono rare negli altri; si osservano di solito nei polmoni, od anche nelle articolazioni, nei muscoli, nel sottocutaneo, nelle meningi, nel cervello, negli organi addominali. Secondo alcuni, le metastasi polmonari sarebbero proprie dell'otorrea cronica, quelle articolari dell' otorrea acuta, opinione non suffragata dai fatti.

Spesso i sintomi delle metastasi polmonari vengono mascherati da quelli generali della sepsi: altrimenti, quando si forma nel polmone un infarto di un certo volume, compare al torace un dolore vivo (perchè l' infarto si verifica presso la superficie del polmone, sicchè ne è interessata la pleura) seguìto da tosse ed espettorato dapprima sanguinolento poi anche purulento o fetido. I sintomi fisici, che dapprima sono assenti, si fanno poi abbastanza evidenti con numerosi rantoli; se l' ascesso è abbastanza voluminoso, si hanno sintomi cavitarî: utili indicazioni dà la radioscopia.

Nelle articolazioni, le metastasi possono farsi nell' interno della capsula articolare o nei tessuti periarticolari: in qualche caso si ha solo una tumefazione dolente, di breve durata, in altri si arriva all' ascesso endo o periarticolare.

La meningite e l' ascesso cerebrale possono aversi, oltre che per metastasi, anche per diretta estensione della flogosi, mediante la parete viscerale del seno, alla pia ed al cervello, ovvero da un' estensione del trombo alle vene della pia.

La congestione delle vene meningee, consentiva a disturbi del circolo, può dar luogo a sintomi simili a quelli della meningite sierosa, a paralisi oculari ecc.; in tali casi però il liquido cerebro-spinale, pure essendo sotto forte pressione, ha composizione normale; solo se questo è torbido e contiene batterî, si tratterà di meningite suppurativa.

Come complicazione non rara vi è anche l' ascesso cerebellare, che spesso non dà luogo ad alcun sintomo, e che talora si rende manifesto con polso raro, vertigini, tendenza a cadere, vomito, nistagmo. *r. s.*

DIAGNOSTICA

Riflessi addominali

Mentre il comportarsi dei riflessi tendinei viene spesso considerato come sintomo obbiettivo nella diagnosi della neurosi funzionale, quello dei riflessi cutanei, e specialmente dei riflessi addominali, è assai più variabile. Secondo STRUNPELL ed altri, il riflesso delle pareti addominali è costante nei sani, mentre Oppenhein afferma soltanto che esso si ha *di regola* nei sani; quest' ultimo autore, diversamente da Gowers e Diakler, che ammettono tre riflessi addominali, superiore, medio, inferiore, distingue solo un riflesso sopra- ed uno sotto-ombelicale.

LIEBERS (*Münch. med. Wochn*, 1918, n. 47), nell' esame di molti nevrosici di guerra, con forte aumento di eccitabilità riflessa, ha trovato che erano aumentati anche i riflessi delle pareti addominali, e che tale aumento si rivelava, non solo con forti contrazioni della muscolatura delle pareti addominali, ma anche con l' estensione della zona riflessogena.

Altri autori avevano osservato che stimolando la superficie interna della coscia, si provoca una contrazione nella regione ipogastrica, nei fasci inferiori del muscolo obliquo interno. Il Liebers invece ritiene che questo fatto non sia la norma, ma si osservi solo quando vi è aumento generale dell' eccitabilità riflessa; in tal caso, spesso, partecipa al riflesso anche la muscolatura addominale superiore, mentre poi non vi è alcun parallelismo rigoroso fra questo riflesso addominale ed il cremasterico. Egli ritiene che i riflessi delle pareti addominali debbano già considerarsi come esagerati, quando si provocano con la manovra accennata, che è quella in uso per saggiare il riflesso cremasterico. Tale fenomeno si osserva con maggior frequenza nelle persone in cui dall' esame somatico risulta una neurosi funzionale, con aumento generale di eccitabilità riflessa. *r. s.*

TERAPIA

Il regime degli enteropatici

Nel trattamento delle affezioni intestinali, la scelta degli alimenti, che regola la composizione chimica dell' ambiente intestinale ed il tipo della flora batterica, prende una considerevole importanza. S. C. ROUX (*Paris méd.*, 28 giugno 1919) prende in esame le tre principali sindromi intestinali delle diarree acute, e delle diarree croniche e delle costipazioni.

Nelle *diarree acute*, accompagnate o non da febbre, qualsiasi ne sia la causa, la mucosa intestinale infiammata trasuda un liquido albuminoso, in cui i batterî della putrefazione trovano un ambiente favorevole al loro sviluppo. Il regime alimentare deve quindi tendere a diminuire il numero dei batterî, e fornire un ambiente intestinale, che, pure assicurando la nutrizione del malato, non lasci che dei residui incapaci di subire la putrefazione. In primo tempo si ricorrerà alla dieta idrica, semplicemente di acqua bollita; se ne somministrerà da un litro a un litro e mezzo al giorno, facendo prima sempre sciacquare accuratamente la bocca: per evitare un digiuno completo, si potrà dare dell' acqua di riso. In seguito, è indicato un regime a base di idrati di carbonio, che, favorendo lo sviluppo dci bacilli acidificanti della fermentazione, può arrestare quello dei proteolitici. Occorre evitare di diluire le sostanze amilacee con troppa grande quantità di acqua, ed eliminare tutti gli alimenti ricchi di albumina, come latte, uova, pesci, carne, leguminose. L' alimentazione consisterà in the o cacao all' acqua, zuppe spesse di cereali, pasta, riso o patate molto cotti, qualche biscotto, qualche gelatina di frutta. In seguito si darà dello jogurt, poi del puree di legumi ed infine la carne.

Diarree croniche. - Possono essere dovute a putrefazione od a fermentazione. Nelle prime, caratterizzate da 4-5 evacuazioni mattutine, molli, nerastre, alcaline, fetide, si darà un regime ad idrati di carbonio, sulla base del precedente, a cui, se le putrefazioni non sono molto intense, si aggiungerà un po' di carne o dei pasticci. Le diarree croniche da fermentazione sono caratterizzate da feci acide, chiare, con bolle di gas; all' esame microscopico si trovano molti clostridii e lieviti. Qui il problema non è facile, dovendosi sopprimere gli idrati di carbonio a difficile digestione (leguminose, castagne), ridurre le patate, l'avena. I farinacei tollerati sono i cereali, la tapioca, il riso, la pasta; bene tollerati sono gli zuccheri e le conserve; si concederà il pesce, la carne, il formaggio. Dopo qualche tempo si daranno le patate ed i legumi. In qualche caso di diarrea cronica, con intolleranza per tutti gli idrati di carbonio, in cui gli ammalati sono esauriti dalla diarrea incessante, col ventre meteorico, During consiglia di mettere l' ammalato a dieta idrica, poi a carne cruda ed uova e quando le feci sono diventate putride ed alcaline, permette l' uso dei farinacei.

Le costipazioni. - Quando si tratta di stitichezza semplice, legata ad un disturbo motore dell' intestino, si dovrà dare un regime piuttosto abbondante, ricco di cellulosa, che non favorisca i prodotti di putrefazione; si eviterà quindi una quantità eccessiva di carne e specialmente le uova. Minestre di verdura, pasta, riso, frutta, patate, legumi freschi, ed aggiungere eventualmente anche qualche cucchiaiata di crusca (3 al giorno). Se i fenomeni di putrefazione non sono accentuati si lascerà un piatto di carne; in caso contrario si prescriverà il lattosio, che, tendendo a modificare la flora intestinale, riesce molto utile.

Nella costipazione con enterite, in cui vi sono alternative di costipazione e diarrea, si seguirà a un dipresso lo stesso regime, sopprimendo le frutta crude ed i legumi crudi, concedendone solo di cotti e passati allo staccio. Si supplirà all' azione lassativa con agar-agar.

Nella costipazione con fermentazione, si ha un abbondante produzione di gas nel colon, ciò che provoca dolori, e può anche aumentare l' anomalia intestinale primitiva. Il regime è assai complesso; si debbono sopprimere le leguminose e le verdure fresche: si daranno sopratutto frutta cotte, ed una certa quantità di riso, pasta, cereali, carne e formaggio. La regolarizzazione delle scariche si otterrà con l' olio di paraffina.

In complesso si può ritenere che la preoccupazione maggiore deve consistere nel regolarizzare la flora intestinale: una ventina d' anni fa, si tendeva a realizzare l' antisepsi intestinale, ora si comprende invece che la digestione normale comporta una simbiosi con i batterî intestinali, di cui occorre re-

golare il tipo e l'intensità delle fermentazioni e delle putrefazioni, chiamandoli in certo modo a nostri cooperatori. FIL.

FORMULARIO

Nella flatuenza

(L. PRON) - Solfato di sodio; Bromuro di sodio ana g. 3: Acqua distillata gr. 300: un cucchiaio subito dopo il pasto. Oppure: Tintura di colombo; Liquore di Hoffmann; Tintura di badiana ana cmc. 5: da prenderne 20 goccie in un infuso, dopo il pasto. *r. s.*

Polveri per la saturazione gastrica

(OETTINGER) - Bicarbonato di sodio, magnesia calcinata, creta preparata ana g. 10; estratto di belladonna, estratto di giusquiamo ana cg. 40: div. in 20 cart. ug. *r. s.*

POSTA DEGLI ABBONATI

(0000) *Cura dell'epilessia.* — All'abbonato num. 7651. La cura dell'epilessia essenziale è molto complessa. Limitarsi alla somministrazione dei bromuri è far poco. Del resto anche i bromuri devono essere dati con criterio per evitare fenomeni d'intolleranza. Il regime dietet'co deve essere molto rigoroso: astinenza dall'alcool, dal caffè, dal thè ed in genere da tutti gli eccitanti; riduzione della quantità di carne; il regime latteo-vegetariano è il più appropriato; i cloruri nelle vivande devono essere ridotti al minimo possibile. La funzione del tubo digerente deve essere molto sorvegliata per evitare la stipti ed il riassorbimento dei materiali tossici: eventualmente si adopreranno i disinfettanti intestinali dando la preferenza al latte acido.

Sono consigliabili i bagni generali caldi.

Come clima è preferibile quello di basse colline e di pianura. Il clima della montagna e quello di mare possono aggravare il male.

L'epilettico deve vivere vita tranquilla senza emozioni violente.

Il lavoro deve essere metodico, non eccessivo. *Dr.*

(0000) *Ingestione di pezzi di vetro.* — All'abbonato n. 10256. Le conseguenze dell'ingestione di un pezzo di vetro varieranno secondo le dimensioni e le condizioni dei margini. È opportuno somministrare delle pappe dense di solfito di bario per inglobare il colpo estraneo.

Si deve sorvegliare il paziente ed eventualmente controllare il corpo estraneo mediante esami radiografici, che saranno dimostrativi nel caso che il vetro contenga sali di piombo. P. A.

(0000) *Il grado alcoolico del vino.* — All'abbonato n. 5472. Si misura in modo semplice, rapido ed abbastanza preciso con l'ebulliscopio di Malligaud che è di uso corrente anche nelle trattazioni commerciali. L'apparecchio si trova presso i negozianti di oggetti di enologia o di ottica ed è accompagnato dalle necessarie istruzioni. *fil.*

(0000) Al dott. G. M. da Al.. Rivista critica di clinica medica, via Alfani, 33, Firenze, L. 12 — Clinica ostetrica, via Orazio, 30, Roma, L. 10 — Clinica chirurgica, F. Vallardi, corso Magenta, 48, Milano, L. 40 — Gazzetta Ospedali e Cliniche, ibidem, L. 15 — Annali di neurologia, Clinica malattie nervose e mentali, Policlinico alla Croce di Lucca, Napoli, L. 15. *r. s.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. MORELLI JUAN B. *Pneumotorea artificial y otras intervenciones en la tubercolosis pulmonar.* Due volumi in 8⁰ di complessive pag. 1240 con figure e radiografie. Imprenta Nazional. Montevideo.

Il geniale metodo di Forlanini, ha trovato nell'A., che è insegnante di clinica all'Università di Montevideo, uno dei più caldi fautori. Col sussidio di una larga documentazione bibliografica e della pratica personale, l'A. dopo avere descritta la genesi del metodo, studia la fisiologia patologica del pneumotorace artificiale, la tecnica nei suoi particolari, la semejologia, l'andamento della cura, le complicazioni. Questo studio lo porta a conclusioni ed a consigli d'indole eminentemente pratica sulle indicazioni e controindicazioni, sugli accidenti e sul modo di evitarli, sui risultati.

Ma altri interventi si offrono, quando le aderenze impediscono lo stabilirsi di un pneumotorace efficace, procedimenti che costituiscono una collassoterapia. Essi consistono particolarmente nel pneumotorace extrapleurale, nelle resezioni costali, nella frenicotomia, e vengono passati in rivista dall'A. con acute osservazioni critiche.

Il lavoro rappresenta un buono studio d'insieme che riuscirà anche utile a chi abbia occasione di usare questo medono terapeutico, ormai largamente entrato nella pratica. *fil*

HOUSSAY BERNARDO A. *La acción fisiológica de los extractos hipofisarios.* Un vol. in 4⁰ di circa 400 pag. con numerose illustrazioni. Talleres graficos A. Flairan, Buenos Aires.

L'A. dopo avere esaminato la questione pregiudiziale se l'azione degli estratti ghiandolari cor-

risponda a quella della ghiandola stessa, studia l'ipofisi nella sua struttura e nella sua composizione chimica. Con i metodi e con gli intenti del fisiologo, espone poi l'azione degli estratti ipofisarî sulla circolazione, sul sangue, sul respiro, sui muscoli, sul metabolismo ecc., portando in ogni capitolo importanti contributi personali, accompagnati da numerose riproduzioni di grafiche. Seguono delle considerazioni sull'associazione degli estratti ipofisarî con quelli di altre ghiandole. Una ricca bibliografia che comprende oltre 70 pagine completa quest'opera.

L'A. lamenta giustamente che le opere in lingua spagnola vengano deplorabilmente trascurate, sicchè si vedono pubblicati come novità in altre lingue, dei fatti e delle osservazioni già vecchie di anni. Situazione non molto diversa da quanto succede per l'Italia, anch'essa poco considerata sul mercato scientifico. *l. b.*

ALDRED SCOTT WARTHIN e C. VERNOU WELLER. *Researches on the pathology of mustard gas poisoning*. Un vol. in 8º, rilegato, con numerose illustrazioni. Ann Arbor ed., Michigan.

Questa pregevole pubblicazione raccoglie una serie di studi, fatti nel laboratorio di patologia dell'Università di Michigan, sull'yprite (solfuro di etile biclorurato). Anche i nostri soldati — per la prima volta nelle angosciose giornate di Caporetto — furono largamente provati da questo insidioso mezzo di offesa, di cui gli AA. hanno studiato gli effetti in diverse monografie che trattano le lesioni cutanee, oculari, delle vie respiratorie e gastro intestinali; anche i fenomeni generali (temperatura, polso, respiro, urina, sangue ecc.) sono stati presi in esame. L'ultima monografia tratta della cura, proscrivendo gli unguenti, i preparati a base di paraffina e consigliando invece i bagni alcalini con amido nelle lesioni leggere ed il trattamento con ipocloriti nelle gravi.

Numerose fotografie dimostrative accompagnano le varie monografie, che sono chiuse da una bibliografia, in cui sono citati i principali lavori italiani sull'argomento. *fil*

Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini. A cura del Laboratorio batteriologico della direzione generale della sanità pubblica. Anno II (1917). Un vol. in 16º di oltre 450 pag. Roma, Tipografia delle Cartiere centrali.

Ai due volumetti che iniziarono questo pregevole annuario, segue ora l'attuale ben nutrito volume, che comprende la produzione medica italiana del 1917. Esso è notevolmente arricchito di materiale bibliografico, anche per aver avuto a disposizione un maggior numero di periodici. Auguriamo a questo ben riuscito annuario la buona accoglienza del primo, che è stato preziosamente utile a tutti gli studiosi. E speriamo che l'opera iniziata con tanta fede vada completandosi e perfezionandosi in avvenire. Mancano ancora molti dati, che rispecchierebbero più fedelmente l'attività medica italiana, in quanto che l'annuncio è limitato alla sola stampa periodica e neppure completa in ogni sua parte. Sfuggono quindi le opere maggiori, le tesi di libera docenza, le diverse memorie non estratte da periodici. In questo senso una collaborazione da parte delle redazioni dei giornali scientifici, che crediamo sarebbe bene accetta da tutti, potrebbe essere di notevole utilità, in quanto che ad esse affluiscono molte pubblicazioni non prive di valore, che restano altrimenti ignorate. *Index*

NELLA VITA PROFESSIONALE

CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE

Abolizione delle condotte piene

Il Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità Pubblica - Div. 7ª - Sez. 1ª - ha diramato la seguente circolare in data 26 agosto 1919, n. 204000-1/32374, ai signori Prefetti del Regno.

« Come è noto alle SS. LL. la legge comunale e provinciale (art. 198, n. 5, del testo unico 4 febbraio 1915, n. 148) considera come obbligatoria per i Comuni la spesa pel servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica a beneficio esclusivo dei poveri, e l'articolo 24 del testo unico delle leggi sanitarie 1º agosto 1907, n. 636, impone ai Comuni di stipendiare appositi sanitari condotti, se ed in quanto non provvedano a detta assistenza Opere pie od altre fondazioni.

Si evince chiaramente da queste disposizioni che solo l'assistenza sanitaria dei poveri riveste, nella nostra legislazione, carattere di servizio pubblico.

Ciò non ostante, per antiche consuetudini o per considerazioni d'indole locale, parecchi Comuni adottarono il sistema della condotta piena, estendendo, cioè, la cura gratuita anche agli abbienti.

Ora, la relativa spesa non soltanto non può essere compresa tra quelle facoltative consentite, in via di eccezione, dagli articoli 313 e 315 della citata legge comunale e provinciale, ma non rientra nemmeno nella più ampia dizione dell'articolo 312 della legge stessa.

Invero, tale articolo dichiara che tutte le spese

facoltative dei Comuni devono avere per oggetto servizi di utilità pubblica; e tale non può dirsi la cura gratuita degli abbienti, perchè rivestono carattere di utilità pubblica solamente i servizi che provvedono a soddisfare un bisogno collettivo, mentre il bisogno della cura sanitaria è essenzialmente individuale.

L'assistenza gratuita dei poveri costituisce un servizio pubblico in quanto che, data l'impossibilità dei non abbienti di curarsi con mezzi propri, la loro assistenza, a prescindere da ragioni di carattere umanitario, mira ad eliminare il pericolo generale che certamente deriverebbe dall'abbandono di una parte della popolazione alle minaccie ed alle insidie delle malattie.

Pertanto, a rigore, le spese per la cura gratuita degli abbienti non avrebbero dovuto essere consentite, e solo per considerazioni estrinseche di opportunità detta cura è stata, in taluni casi, considerata come un servizio pubblico, per quanto puramente facoltativo.

Tuttavia, se finora con una interpretazione molto larga, che trovava un addentellato nell'articolo 27, lettera *d*, del regolamento 19 luglio 1906, n. 466, sono state ammesse dalle Autorità tutorie siffatte spese, specie per comuni aventi adeguate risorse, le attuali strettezze finanziarie in cui versano generalmente gli enti locali, e l'aumentato costo dei pubblici servizi, rendono, ora, inammissibile l'ulteriore mantenimento di un sistema non rispondente alla legge, nè ad un reale bisogno della collettività.

Le SS. LL. vorranno, quindi, rivolgere invito ai Comuni interessati, perchè rientrino, a tale riguardo, nella stretta legalità ed addivengano, entro un congruo termine, all'abolizione delle condotte piene, mediante opportune modifiche dei relativi capitolati, salvo, in caso di oscitanza, l'intervento d'ufficio della Giunta Provinciale Amministrativa a norma dell'articolo 220 della legge comunale e provinciale, trattandosi di una operazione che va ritenuta obbligatoria, in quanto consiste nel radiare una spesa non ammessa dalla legge.

Le economie che si otterranno in tal modo potranno mettere in grado i Comuni di fronteggiare le maggiori spese che eventualmente occorressero per assicurare il servizio sanitario dei poveri.

Contemporaneamente all'abolizione della condotta piena, che soddisfa anche ad un voto espresso con insistenza dalla classe dei medici condotti, i Comuni potranno inserire nei capitolati una clausola che obblighi il medico condotto a sottostare, per le visite agli abbienti, ad una tariffa massima, la quale, ove non venga spontaneamente concordata tra medico e Comune, sarà formulata, a richiesta della Prefettura, dal competente Ordine dei Medici a norma dell'articolo 8, lettera *d*, della legge 10 luglio 1910, n. 455.

Conto sulla personale cooperazione delle SS. LL. perchè gli intenti che la presente circolare mira a conseguire siano pienamente raggiunti.

Pel Ministro

GRASSI ».

Sulla legge per l'assicurazione contro le malattie

In Genova, per iniziativa del Commissario Prefettizio dell'Ordine dei Medici, prof. Poli, si è tenuta una riunione coll'intervento dell'esimio prof. Devoto, per prendere in esame l'annunziato disegno di legge.

Si è svolta un'ampia discussione le cui resultanze sono state concretate nel seguente ordine del giorno:

« I medici della Provincia di Genova, riuniti la sera del giorno 19 luglio 1919, nei locali dell'Ordine, per discutere intorno al prolungando Decreto-Legge sulla Assicurazione obbligatoria contro le malattie;

« mentre plaudono al concetto informatore della Legge stessa, che segna un notevole progresso nel campo sanitario e sociale,

« ritengono che la giusta tutela dei diritti acquisiti dalla benemerita classe dei medici condotti, possa e debba conciliarsi con la necessaria salvaguardia degli interessi delle altre categorie di sanitarii e dei diritti dei malati;

« fanno voti che sia sancita, per ogni assicurando, la libera scelta del medico curante,

« propugnando, per la retribuzione, il sistema *capitario*, siccome il più pratico ed il meglio atto ad eliminare la necessità di controlli e di conteggio delle visite,

« e, comunque, deprecano la attribuzione delle eventuali funzioni di controllo a persone estranee alla Classe sanitaria ».

* * *

Il 29 giugno 1919 l'Ordine dei Medici della Provincia di Livorno radunatosi in assemblea generale straordinaria dopo avere preso in esame il questionario inviato dalla Presidenza dell'Ordine dei Medici di Firenze a proposito del progetto di legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, da noi già pubblicato, e dopo un'esauriente discussione, ha votato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« L'Ordine dei Medici della Provincia di Livorno riunito in assemblea generale straordinaria per discutere intorno a un progetto di legge che si viene elaborando dallo Stato per l'assicurazione contro le malattie;

Dichiara di non poter discutere intorno al valore sociale o tecnico del progretto, alla sua attuabilità o meno, in quanto si è omesso di fornire alla Classe Medica, che pure a tale progetto è par-

ticolarmente interessata, gli elementi necessari per un serio e ponderato esame e contro tale omissione energicamente protesta, ritenendola gravemente lesiva del proprio decoro e dei propri interessi;

afferma la imprescindibile necessità che della Commissione per lo studio di tale progetto entriño a far parte i rappresentanti ufficiali delle varie categorie di Medici (Medici condotti, Medici ospitalieri, Medici liberi esercenti, cultori di Medicina sociale), sicuri che per tal modo, e non altrimenti, ne deriverà un equo contemperamento fra interessi sociali e interessi della classe Medica;

riafferma altresì fin da ora che saprà recisamente opporsi all'applicazione di qualunque nuovo ordinamento, il quale non dia nel tempo stesso un serio affidamento di efficace tutela degli interessi morali e materiali di tutte le categorie della famiglia sanitaria ».

***

L'Assemblea dei Medici Liberi Esercenti ed Ospedalieri di Livorno, riunita il 13 luglio, ha approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« I Medici liberi esercenti, ospitalieri compresi;

Radunati nuovamente allo scopo di intensificare l'attenzione della classe in merito al progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie;

preso atto con soddisfazione come uno dei postulati sia stato accolto dalla Commissione incaricata del progetto col chiamare a farne parte il presidente della Federazione degli Ordini dei Medici;

considerando che fra i diversi metodi di applicazione della legge, che hanno già avuta la sanzione della pratica in altre Nazioni, quello *inglese* offre migliori garanzie in quanto si basa sulla *libertà di scelta* del medico da parte del malato, sulla *volontaria* iscrizione di *tutti* i Medici nelle liste dei fiduciari e sulla *decorosa ricompensa*,

fanno voti che la Commissione faccia propri tali concetti fondamentali nella compilazione del progetto italiano.

Constatato d'altra parte che ciò non basta ad assicurare l'elaborazione di un progetto il quale ha bisogno del conforto e dell'assentimento collettivo, poichè è la classe medica quella che deve sopportare il peso dei nuovi ordinamenti, e d'altronde non si può presumere che un solo individuo possa assumersi la responsabilità di deliberazioni definitive;

reclamano che sia consentito al presidente della Federazione di dare comunicazione ai singoli ordini dello schema del progetto stesso prima che esso venga approvato dalla Commissione e sia sottoposto alla sanzione del Parlamento, e ciò perchè da una ampia discussione ne emergano le eventuali lacune ed i possibili difetti nell'interesse tanto dell'intera classe e delle singole categorie, come degli stessi ammalati che dovranno sottostare alle disposizioni della nuova legge.

Rammentano infine che ove, contro ai più elementari principî di libertà, la legge fosse applicata senza la preventiva sanzione della Classe medica, tuteleranno il decoro e l'interesse del libero esercizio con ogni mezzo ritenuto più idoneo ».

Infortuni sul lavoro agricolo e prestazioni mediche

Dal Ministero per l'industria, il commercio e il lavoro - Direzione generale del lavoro e della previdenza sociale - fu diretta al presidente dell'A. N. M. C., dott. Martinelli, la lettera seguente in merito:

Questo Ministero ha preso nota dei voti deliberati da cotesta spett. Associazione a proposito della assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura: e riconoscendo che in massima essi sono giustificati, si riserva di promuovere in una prossima revisione del regolamento le opportune modificazioni. Intanto però, anche perchè sono state impartite istruzioni agli Istituti assicuratori, affinchè interpretino le disposizioni vigenti con la maggior larghezza, si confida nei sentimenti umanitari della benemerita classe dei medici condotti perchè essi cooperino con la migliore buona volontà per la più efficace attuazione della nuova benefica provvidenza sociale.

p. *Il Ministro* - RUINI

Le disposizioni del Prefetto di Cremona per i medici condotti

Le riportiamo integralmente:

Il nuovo stipendio dei medici condotti si compone di due parti: una somma fissa annua per Comune o consorzio di Comuni ed una somma annua in più che, da una quota aggiunta e predeterminata per mille poveri inscritti in elenco, viene aumentata in ragione proporzionale *per ogni povero,* oltre i mille.

Circa la indennità di cavalcatura si fa riferimento alla circolare prefettizia 5 agosto 1918 n. 10407.

E in coordinazione della peculiare considerazione che è dovuta a tutto il grave e delicato servizio dell'assistenza sanitaria, anche gli assegni relativi alle specialità delle funzioni di Ufficiale sanitario vanno riesaminati per proporzionarli alle esigenze e responsabilità della carica.

Sono intimamente collegate ai criteri informativi delle risoluzioni da adottarsi, due modifiche ad uno stato di fatto, che non inducono a controversie di diritto;

L'abolizione della condotta piena, che si risolve nella radiazione dal bilancio della quota per essa inscritta fra le spese facoltative;

Una più esatta formazione dell'elenco degli ammessi all'assistenza medica gratuita.

Senza che comunque si intenda alterare la norma fondamentale che, presa a base la indigenza e lo stato di miserabilità, al cui soccorso non può porsi limite nell'ambito degli obblighi del Comune, è d'uopo che non venga allargato, sofisticandolo, il concetto del *bisogno economico*.

Altrimenti, a parte che non si fortificano le qualità morali, si viene involontariamente a creare uno stato di privilegio non giustificabile in confronto delle condizioni ed esigenze della collettività.

Alla quale certamente non si giova con l'accreditare l'opinione di potersi sempre e per ogni motivo bussare alle casse del Comune, e pretenderne l'aiuto sott'ogni forma, quasichè le finanze comunali siano cosa che riguardi il pubblico, solamente in quanto vi si possa attingere.

Agitazione dei sanitari ospidalieri di Messina

I sanitari dell'Ospedale civico « Piemonte » di Messina si agitano per avere migliorati i loro assegni. Essi si sono già costituiti in associazione aderendo all'Associazione nazionale dei medici ospedalieri a Roma e hanno approvato ed inviato alla Deputazione ospedaliera un memoriale in cui fanno note le loro richieste, additando nello stesso tempo i mezzi finanziari che l'Amministrazione potrebbe mettere in esecuzione per realizzare nuove entrate.

La vittoria del personale medico ospitaliero di Milano

La Commissione sanitaria provinciale, presieduta dal Prefetto, ha in sessione straordinaria, approvato gli organici per i medici ospitalieri e per il personale delle opere pie, risolvendo così in modo soddisfacente una vertenza che aveva incominciato ad assumere un aspetto increscioso. L'approvazione data vale per tutto l'esercizio successivo a quello in cui verrà conclusa la pace ed è accompagnata dalla raccomandazione agli enti interessati di ridurre il più possibile il numeroso personale attualmente impiegato.

Le cinque categorie di sanitari dell'Ospedale (assistenti, aiuti, vice-primari, dirigenti, primari) vengono ora ad essere compensate con lo stipendio annuo rispettivo di L. 4500, 5750, 6500, 6750, 7000; cifre non eccessive se si considera il faticoso servizio da essi prestato specialmente nei reparti di chirurgia.

Sono stati stabiliti anche i compensi per le più elevate cariche della gerarchia ospitaliera: ispettori, capo-guardia (chirurgo primario), capo dell'Istituto anatomo-patologico o direttore. Per quest'ultimo l'Associazione dei medici aveva chiesto un particolare trattamento, in vista delle vaste responsabilità che gli competono e dei requisiti speciali che l'importanza del posto richiede. Gli ipettori, che hanno l'obbligo di un servizio di 7 ore, avranno uno stipendio iniziale di L. 5600, che dopo 20 anni di servizio raggiungerà le L. 12.000; il capo-guardia e il capo dell'Istituto A.-P. saranno compensati con L. 12.000; il direttore riceverà L. 16.000 annue, l'alloggio e uno speciale trattamento di pensione: egli deve dirigere 6 gruppi di Ospedali ed esercitare una larga opera di vigilanza e di controllo su tutto il funzionamento dei grandiosi impianti di cura a lui affidati.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA

Per l'industria dei sieri e vaccini

Con decreto luogotenenziale n. 1300 è stato disposto che « l'industria della preparazione dei sieri vaccini e di altri prodotti opoterapici, è abilitata all'impiego dello spirito adulterato, alle condizioni che saranno stabilite dal ministro proponente anzidetto ».

Malattie e lesioni da servizio di guerra

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica, nel n. 194, il Dectr. Luog. N. 1377 il quale dispone:

« I presidenti dei collegi Medici, di cui al Decreto Luogotenenziale 28 luglio 1918, n. 1274, in difetto di documenti, che stabiliscano la dipendenza dal servizio, di infermità o lesioni prodottesi in zona di guerra, nel sottoporre a visita i militari per l'assegnazione di una categoria di pensione, sono autorizzati a compilare la dichiarazione di dipendenza dal servizio di cui all'art. 12 del Decreto Luogotenenziale citato ».

Per i militari tubercolotici

(T. T.) Il Ministero delle Pensioni con decreto di recente pubblicazione, ha cercato che questa categoria di invalidi, per cui fu ammessa la causa di servizio, e che si trova in attesa della liquidazione della pensione, avesse anche durante questo periodo di attesa un trattamento adeguato alle sue condizioni speciali. È garantita ai tubercolotici polmonari una indennità di convalescenza di almeno 10 lire giornaliere.

Accadeva talvolta il caso di militari affetti da tubercolosi per i quali le autorità militari non avevano ammesso la causa di servizio, oppure, per ragioni di diversa indole, non avevano potuto compiere tutti gli accertamenti sanitari che potevano mettere il Ministero delle Pensioni in grado di provvedere alla liquidazione degli assegni vitalizi. A questi invalidi, coi provvedimenti in corso, viene immediatamente concesso un assegno provvisorio di lire 5 al giorno per i tubercolotici non polmonari, e di lire 10 per i tubercolotici polmonari.

ATTI PARLAMENTARI

Questioni sanitarie al senato

Da un discorso in sede di bilancio sui *servizi di sanità militare,* tenuto dal senatore Maragliano nella seduta del 25 luglio u. s., stralciamo larghi brani.

« In Italia ed in Francia abbiamo veduto in questi anni successivamente due metodi di organizzazione dei servizi sanitari, in atto. In un primo periodo essi non avevano unità d'azione e le loro attività funzionali erano discentrate. Tanto in Italia come in Francia esisteva un ufficio d'ispettorato con mansioni consultive, ma le proposte sue passavano per mezzo di uffici non tecnici che soli avevano mansioni esecutive. Questo metodo ha dato luogo in Francia a gravissimi inconvenienti ed a gravi lacune nel primo periodo della guerra: perfino ad avere mancanza di medicinali, oggetti di medicazione e di servizi specializzati; difetto di ogni indirizzo moderno.

Talchè si trovò necessario creare un vero e proprio dicastero di sanità militare, nel quale furono riuniti tutti i servizi in un'unica mano, e presto, si constatarono grandi benefici da questa innovazione e le commissioni parlamentari ne fecero pubblicamente ampia lode. Qualche cosa di simile è avvenuto da noi. Fin dal principio della guerra si lamentarono molte incertezze dovute in buona parte al fatto che l'ispettorato non aveva quella autonomia di funzionamento che gli era necessaria e si ebbe una serie di inconvenienti il cui suggello fu l'episodio doloroso di esplosioni epidemiche per cui fu necessario l'intervento della sanità civile, onde rimediare alla deficienza di servizi militari specializzati con personale tecnico competente. Si comprese allora la necessità di addivenire, pure fra noi, ad un concentramento dei vari uffici in un solo ufficio e così fu creata una direzione generale di sanità militare.

Si notò ben presto un visibile miglioramento. Fu tenuto conto di tutte le conquiste scientifiche utili e furono applicate, furono istituiti servizi specializzati diretti da persone competenti, un soffio vivificatore di modernità penetrò in tutti i meati della amministrazione sanitaria. Così nacquero i centri pei tracomatosi, pei malarici, per i cardiopatici, per le malattie nervose, i sanatori per i tubercolosi, i reparti di accertamento per la tubercolosi, innovazione che l'Italia, prima, istituì.

Tutte queste innovazioni, furono possibili perchè la Direzione Generale di Sanità aveva la possibilità di provvedere, aveva l'autonomia necessaria e governava sotto l'alta Direzione del Ministro, senza l'interposizione di organi non tecnici intermedi.

Se la Direzione di sanità Militare servì nel periodo della guerra, non può ritenersi un ordinamento di guerra, destinato, finita la guerra, a scomparire: sibbene uno strumento di logica e razionale organizzazione sanitaria militare. Questo dico perchè dai giornali venne accennato ad un progetto di modificazione e ad un ritorno all'antico, il che sarebbe uno sbaglio. Furono, lo so, sollevate critiche più di persone che di cose; ma se fuvvi chi ha errato, ciò non costituirebbe un cambiamento di metodo. Non mi preoccupo delle persone e delle etichette che si appongono ad un ufficio, ma della essenza sua. La parte sostanziale è questa: che la medicina militare abbia un proprio organismo centrale autonomo; si chiami questo ispettorato oppure direzione di sanità: organismo che deve avere una personalità sua propria, od altrimenti, un organismo che goda di quella autonomia di cui godono le altre armi dotte.

Al medesimo modo che vi è una direzione generale del Genio, al medesimo modo che vi è una direzione generale di Artiglieria, che sotto l'indirizzo supremo del Ministro, senza l'interposizione di uffici non tecnici, governano i servizi relativi accentrati in esse; così io prospetto all'on. Ministro la necessità che la medicina mititare abbia anch'essa rispettata la propria personalità, acciò sia in grado di rendere all'esercito ed al paese in modo completo quei servizi di cui abbisognano.

L'avere un centro unico è il punto di partenza di tutte le altre necessarie riforme, perchè, on. Ministro sappiatelo, la Sanità Militare ha bisogno di essere svecchiata, ha bisogno di essere messa all'unisono del progresso scientifico, in tutti i suoi componenti. Vi sono senza dubbio in essa elementi di alto valore, ma è necessario creare ed organizzare, come si è fatto nei paesi più progrediti, un affiatamento completo fra di essa ed i centri universitari. Questo affiatamento si è iniziato nel tempo delle guerre guerreggiate e con grande beneficio della assistenza tecnica dei nostri soldati. Bisogna accentuarlo, completarlo, organizzarlo: questo è il dovere che incombe a chi ha le responsabilità delle cose militari.

* * *

In un altro discorso il sen. Maragliano si è occupato della *profilassi della tubercolosi;* ha deplorato le violente opposizioni che si destano tutte le volte che si prospetta l'istituzione di un sanatorio per tubercolosi, opposizioni, che trovano spesso eco presso le Autorità, i membri del Parlamento, i prefetti, nelle aule dei Ministri, cosicchè mentre di eccellenti stazioni climatiche in Italia ne abbiamo parecchie, vi mancano i sanatori. Sono località nelle quali i tubercolotici si trovano disseminati nelle famiglie private, negli alberghi, ed errano liberamente per le contrade e disseminano i germi infettanti. I sanatori li accentrerebbero e li renderebbero innocui: difatti l'esperienza e le statistiche

dimostrano che là dove sono sorti i sanatori, la mortalità per tubercolosi nella popolazione indigena è diminuita.

Lo spettacolo di queste opposizioni, che non si riscontra in nessun paese civile, che è frutto di ignoranza vergognosa, non deve essere più tollerata; pertanto l'oratore ha fatto appello all'on. Ministro dell'Interno affinchè questi voglia dare le istruzioni opportune acciò tutti i reclami, tutte le petizioni, tutte le intromettenze per impedire che sorgano dei sanatori nelle nostre stazioni climatiche, non siano ascoltate. Ciò avrebbe anche una portata economica, perchè l'Istituzione di sanatori bene organizzati richiama una quantità di persone le quali altrimenti si recano all'estero.

NOTIZIE

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia

Ricordiamo che il XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo dal 2 al 5 ottobre a. c.

I temi sono i seguenti:

I. Lesioni di guerra del sistema nervoso periferico (prof Verga);

II. Amputazioni e protesi cinematiche (prof.ri Galeazzi e Putti).

Presidente del Comitato ordinatore è il dott. Nicolich, presso l'Ospedale civile di Trieste.

Congresso francese di ostetricia e ginecologia

Ha luogo a Bruxelles, dal 25 al 27 settembre il 1.° Congresso dell'Associazione dei Ginecologi ed Ostetrici di lingua francese — in altri termini della Francia, del Belgio e della Svizzera francese (Ginevra, Losanna etc.).

Questo Congresso, doveva riunirsi nell'ottobre del 1914 a Lione quando scoppiò la guerra.

I temi stabiliti sono i seguenti:

Diagnosi biologica della gravidanza: Bar, Fieux e Mauriac.

Indicazioni e tecnica dell'isteroctomia nel trattamento delle suppurazioni annessiali: Faure e Bégouin.

L'alzata precoce delle puerpere e delle operate: Bourcat, Brohua, Gounet.

Trattamento operatorio del cancro dell'utero: Pollasson e Forgue.

Valore delle differenti incisioni nelle laparatomie in ostetricia e ginecologia: Rouffart.

Protezione dell'operaia gravida o lattante: Keiffer e Levy.

XIX Congresso francese di urologia

Si riunirà a Parigi presso la Facoltà medica, l'8 ottobre. E' all'ordine del giorno il tema: « Trattamento delle pielonefriti tubercolari nell'uomo »; relatore Ertzbischoff di Parigi. Per informazioni rivolgersi al segretario generale prof. O. Pasteur, rue Villars 13, Parigi VII.

Lega delle società della Croce Rossa

E' uscito a Ginevra, in data 15 maggio 1919, il primo numero del Bollettino della Lega delle Società della Croce Rossa. Vi è fatta la storia della lega e ne è riportato lo Statuto.

La Lega delle Società della Croce Rossa è stata costituita a Parigi il 5 maggio 1919 con il precipuo scopo di riunire le Croci Rosse del mondo in una azione sistematica rivolta a prevenire, diminuire e soccorrere le miserie causate dalla malattia e dalle grandi catastrofi. La lega non è altro che la risultante del programma elaborato dal Comitato delle Società della Croce Rossa e dalla Conferenza di Cannes alla quale convennero le celebrità mediche del mondo nei primi giorni dello scorso aprile.

Il progetto di legge svizzero sulla durata del lavoro

Un progetto presentato dal Governo svizzero, fissa le 48 ore settimanali; ammette però un periodo di transizione di sei mesi, e la possibilità di arrivare a 52 ore o più, quando questa misura sia giustificata da ragioni imperiose e in particolare quando un'industria rischi di non poter sostenere la concorrenza estera.

Indice alfabetico per materie

Arezzo, 1919 — Tip. Ettore Sinatti

L. Pozzi, *resp.*

Anno XXVI | Roma, 24 agosto 1919 | Fasc. 34
(Pubblicato il 30 settembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Ricerche sul liquido cefalo rachidiano nella febbre petecchiale

per il dott. REMO MONTELEONE,
Assistente volontario.

A costituire il quadro della febbre petecchiale come specifica affezione, concorrono il decorso ciclico della malattia, l'eruzione cutanea, i precoci fatti a carico del sistema nervoso.

Ma chi di tali malati ha esperienza, sa quanto è difficile spesse volte la diagnosi differenziale con infezioni similari — tifo, paratifi, ecc., — basandosi sull'inizio della malattia, e sull'eruzione, cardine della diagnosi, che di frequente presentasi in forma larvata e sa pure come si cerchi efficace ausilio nelle ricerche di laboratorio onde l'importanza assunta dalla proteoagglutinazione di Felix-Weil.

Mi è parso, quindi, prezzo dell'opera indagare se fosse possibile e dalla letteratura e da nuove ricerche, trarre altri argomenti che possano agevolare il giudizio diagnostico, rivolgendo la mia attenzione al comportamento del liquido cefalo rachidiano.

Le osservazioni in proposito non abbondano: dai primissimi reperti infatti dello Slatineann e Galasesco e riguardanti solo l'esame citologico del liquor, nel quale venne rilevata la presenza di polinucleati e mononucleati, dobbiamo giungere ai primi anni della recente guerra per nuove osservazioni, quando, per i contatti inevitabili fra i diversi popoli la diffusione dell'infezione si rese facile.

Nei primi mesi della campagna contro la Russia, nel 1914, Hesler e Provoazek ebbero a notare come, nei casi *certi*, di tifo esantematico, con forte cefalea ed assopimento, la puntura lombare dava esito a liquido *limpido*, sotto una pressione leggermente aumentata con *assenza assoluta di pleocitosi.*

Il liquido iniettato nelle cavie dava sempre risultato negativo e nessuna azione terapeutica aveva la puntura lombare.

In seguito, nelle grandi epidemie che si ebbero in Rumenia, il Devaux nel 1918 mise in rilievo la importanza diagnostica ed anche prognostica della cito diagnosi nel liquido cefalo rachidiano; senza per altro fare alcuna osservazione sui caratteri fisico chimici di questo.

Il Devaux dall'esame di numerosi liquidi ebbe a rilevare la precocità e costanza della reazione leucocitaria, la formula essenzialmente evolutiva di tale reazione, persistente fra un minimo di due mesi ed un massimo di otto e che si prolungava per tutta la durata delle complicazioni.

Nel 1918 scarse osservazioni fa su di uno stesso individuo affetto da febbre petecchiale, il Muller in Germania, il quale notò costantemente un aumento evidente della pressione del liquido stesso nei primi 10 giorni di malattia, *sempre limpido,* tranne una volta in 8ª giornata, la albumina si dimostrò sempre in quantità crescente, anche dopo la malattia, la reazione di Nonne-Apelt positiva, negativa la reazione di Wassermann.

Recenti ricerche di Henyer confermano modificazioni costanti nel liquido cefalo-rachidiano, consistenti nel periodo acuto della malattia in ipertensione, in una limpidezza un po' minore della norma, in iperalbuminosi e netta leucocitosi.

Infine Tupa, sovra numerose osservazioni fatte, nota anche come il liquido cefalo-rachidiano sia sempre perfettamente limpido in tutti i periodi della malattia, talora possa osservarsi una xantocromia, ed una importanza grande per la diagnosi occorra dare ai reperti citologici caratteristici, reperti dal T. trovati analoghi a quelli di Henyer, ma in contrasto con i reperti del Provoazek ed altri.

In alcuni casi di febbre petecchiale, caduti sotto la mia osservazione, ho voluto eseguire alcune ricerche chimico-biologiche sul liquido cefalo-rachidiano.

Ho voluto anzitutto osservare la pressione, determinando la quale mi sono servito delle espressioni « *normale — a goccia ravvicinata — a goccia affrettata — a getto* » quali usansi nella pratica corrente.

Per verificare la formazione di reticolo, ho preso la metà del liquido estratto, e postolo in assoluto riposo ho, a distanza di 24h-48-h, constatata la presenza o meno di reticolo.

Ho dosata l'albumina esattamente seguendo la tecnica del Nissl, con le apposite provette e reattivo di Esbach, riportando al mille il per cento trovato.

Nella ricerca dei cloruri e nel dosaggio di essi, ho adoperato come rivelatore il bicromato di potassio e come reattivo il Nitrato d'Argento — soluzione n/10 — che facevo agire su note quantità di liquor dealbuminato.

Altre reazioni da me cercate sono state:

quella di Nonne-Apelt, mescolando a parti uguali (c. c. 3 + c. c. 3) *liquor* e soluzione satura di Solfato di Ammonio di recente formazione;

la reazione di Boveri, eseguita sovrapponendo ad 1 c.c. del liquido in esame, 1 c.c. di permanganato potassico — soluzione 0.10 ‰.

Su preparati colorati al bleu di metilene, del sedimento ottenuto dopo intensa centrifugazione ho eseguito l'esame citologico, osservando con la comune lente ad immersione il numero dei corpuscoli presenti in ogni campo microscopico, facendo anche conte proporzionali.

Particolare attenzione ho infine portato alla reazione di Weil-Felix nel liquido: per essa mi sono servito degli stipiti di Proteo $\times^{19}$ Vienna e Proteo $\times^{19}$ Trieste esistenti nei Laboratori Batteriologici della Clinica, stipiti la cui proprietà specifica agglutinante era stata antecedentemente provata con sieri appartenenti a tifosi esantematici e d'altra parte saggiata con siero di malati comuni ottenendo sempre nei primi esito positivo, negativo nei secondi.

Noto anche che *sempre* contemporaneamente alla reazione di Weil-Felix nel liquido cefalo rachidiano ho ricercata l'agglutinazione nel siero del sangue prelevato nello stesso momento della puntura lombare.

Per ambedue, le diluizioni andavano dall'1/10 all'1/500, e nel risultato ho indicato sempre la diluizione massima in cui avveniva l'agglutinazione.

OSSERVAZIONE N. 1.

A... L..., entra nel « Policlinico Umberto I » il 29 giugno 1919. È malato da 4 giorni. Notevole piressia. Eruzione. Sensorio integro. Reazione di Felix-Weil nel siero di sangue: + 1:100. Puntura lombare nel IV giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: a getto;
Aspetto: perfettamente limpido;
Quantità estr.: 15 c.c. ;
Reticolo: nessuna formazione;
Albumina: 1 ‰;
Cloruri: 6.30 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Esame citologico: rari linfociti;
Reazione di Weil-Felix: + 1:100 (proteo $\times^{19}$ Vienna).

OSSERVAZIONE N. 2.

C... H..., entra nel Lazzaretto di S. Sabina il 7 giugno 1919. È malato da 7 giorni. Piressia. Eruzione petecchiale. Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue: + 1:400. Puntura lombare nel VII giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: normale;
Aspetto: limpido;

Quantità estr.: c.c. 9;
Reticolo: nessuna formazione;
Albumina: 5.5 ‰;
Cloruri: 6.40 ‰;
Reazione Nonne: lieve intorbidamento;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: infocitosi (5:1);
Reazione Weil-Felix: + 1:100 (pr. $\times^{19}$ Vienna).

OSSERVAZIONE N. 3.

F... W..., entra nel Lazzaretto di S. Sabina il 1 giugno 1919. Malato da 10 giorni. Temperatura 39-39.7. Tremori, delirio, ecc. Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue: + 1:100. Puntura lombare nel X giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: quasi a getto;
Aspetto: limpido;
Quantità estr.: c.c. 11;
Reticolo: assente;
Albumina: 4 ‰;
Cloruri: 7 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: linfocitosi netta;
Reazione Weil-Felix: negativa (proteo $\times^{19}$ Vienna — proteo $\times^{19}$ Trieste).

OSSERVAZIONE N. 4.

P... J..., entra nel Lazzaretto di S. Sabina il 16 giugno 1919. Malato da 12 giorni. Febbricità. Ha eruzione petecchiale. Stato grave. Deceduto il 17 giugno 1919 (13° giorno di malattia). Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue: +1:200. Puntura lombare nel XII giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: a goccia ravvicinata;
Aspetto: lievemente torbido;
Quantità estr.: c.c. 8;
Reticolo: assente;
Albumina: 2.50 ‰
Cloruri: 7.70 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: prevalenza di polinucleati;
Reazione Weil-Felix:

OSSERVAZIONE N. 5.

M... F..., entra nel Lazzaretto il 10 giugno 1919. Malato da 13 giorni. Scarsa eruzione. Febbricità. Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue: + 1:100. Puntura lombare nel XIII giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: normale;
Aspetto: limpido;
Quantità estr.: c.c. 9;
Reticolo: assente;
Albumina: 3 ‰;
Cloruri: 6.50 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: lieve linfocitosi, rari polinucleati;
Reazione di Weil-Felix: negativa (pr. $\times^{19}$ Vienna — proteo $\times^{19}$ Trieste).

OSSERVAZIONE N. 6.

P... M..., entra nel Lazzaretto il 10 giugno 1919. Malato da 13 giorni. Eruzione caratteristica. Sensorio integro. Febbricità. Reazione di Weil-Felix: nel siero di sangue + 1:400. Puntura lombare nel XIII giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: a goccia ravvicinata;
Aspetto: limpido;
Quantità estr.: c.c. 12;
Reticolo: assente;
Albumina: 1 ‰;
Cloruri: 7 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: linfocitosi netta;
Reazione Felix-Weil: negativa (proteo $\times^{19}$ Vienna — proteo $\times^{19}$ Trieste).

OSSERVAZIONE N. 7.

B... R..., entra nel Lazzaretto il 10 giugno 1919. Pare malato da 17 giorni. Eruzione tendente all'emorragica. Delirio. Agitazione. Febbre. Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue + 1:400. Puntura lombare nel XVII (?) giorno di malattia.

Esame del liquor:

Pressione: a goccia affrettata;
Aspetto: limpido;
Quantità estr.: c.c. 10;
Reticolo: assente;
Albumina: 4 ‰;
Cloruri: 6.20 ‰;
Reazione Nonne: lieve intorbidamento;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: linfocitosi (6:1);
Reazione di Weil-Felix: + 1:100 (pr. $\times^{19}$ Vienna).

OSSERVAZIONE N. 8.

I... I..., entra nel Lazzaretto l'11 giugno 1919. Malato da 21 giorni. Ha in seguito un periodo di apiressia. Il 17 giugno nuova febbre. Non eruzione. Nulla a carico del sensorio. Reazione di Weil-Felix nel siero di sangue: + 1:400. Puntura lombare nel XXVII giorno dall'inizio (?) della malattia.

Esame del liquor:

Pressione: a goccia affrettata;
Aspetto: limpido;
Quantità estr.: c.c. 6;
Reticolo: assente;
Albumina: 3 ‰;
Cloruri: 6.70 ‰;
Reazione Nonne: negativa;
Reazione Boveri, zonale e globale: negativa;
Es. citologico: scarsi corpuscoli in prevalenza linfociti;
Reazione di Weil-Felix: negativa (pr. $+^{19}$ Vienna — proteo $\times^{19}$ Trieste).

Raccogliendo i dati forniti dalle nostre osservazioni, possiamo fare le seguenti deduzioni:

la puntura lombare, nei casi ben accertati di febbre petecchiale, fin dai primi giorni della malattia dà un liquido quasi costantemente a pressione aumentata; su otto casi, in sei la pressione era aumentata;

il liquido è per lo più limpido: sette volte si è a me mostrato tale, e nell'unica volta in cui si mostrò leggermente torbido l'esame dimostrò abbondanti polinucleati e molti mononucleati;

è costante nel periodo acuto della malattia l'iperalbuminosi la quale può persistere nei periodi successivi;

costantemente negativa è la reazione del Boveri tanto zonale, quanto globale;

in sei casi su otto la reazione di Nonne-Apelt è stata nettamente negativa: in due la reazione ha dato luogo a lieve immediato intorbidamento che non può considerarsi come una Nonne positiva;

esiste pleocitosi nel periodo acuto della malattia con prevalenza dei mononucleati;

esiste, nel periodo febbrile, una lieve ipoclorurorachia nella metà dei casi da me osservati;

la reazione di Weil-Felix eseguita in sette liquidi ha dato in tre risultati positivo con agglutinazione nella diluizione massima di 1:100. Contemporaneamente la reazione nel siero di sangue è stata sempre positiva a tassi per lo più maggiori.

Concludendo possiamo dire che utili risultati per la diagnosi di febbre petecchiale ci può dare l'esame del liquido cefalo-rachidiano, ed essi consistono in:

1° ipertensione del liquido;

2° iperalbuminosi;

3° nella dissociazione evidente fra questa iperalbuminosi e le pleiocitosi con la reazione di Nonne (presenza di globulina).

L'esperienza ulteriore dirà della frequenza della reazione di Weil-Felix nei primi stadi della malattia. Noi l'abbiamo constatata contemporaneamente positiva nel siero di sangue e nel liquor ed è evidente il valore diagnostico che essa potrà avere se essa restando positiva nel liquido cefalo-rachidiano, si trovasse negativa nel siero.

In ogni modo possiamo notare che la caratteristica interessante risultante dalle nostre ricerche del liquido cefalo-rachidiano del tifo esantematico è data dalla dissociazione fra la quantità di albumina ed il reperto corpuscolare (iperalbuminosi-pleocitosi), e la mancanza di globulina (reaz. di Nonne negativa).

BIBLIOGRAFIA.

Accennano al liquido cefalo-rachidiano nel tifo esantematico:

HESLER e St. v. PROVAZEK in: Berliner Klinische Wocheusch., 1914.
JOB e B. BALLET: La Presse Médicale, 1915.
E. WIENER: Wiener Klinische Wochen., 1915.
WÜNKEBACH: Gesellschaft d. Her. Wien., 1915.
L. THOINOT: La Riforma Medica, 1915.
DEVAUX: Bulletin de l'Acad. de Med., 1918.
H. MULLER: Berliner Klin. Woch., 1918.
HENYER: Paris Médical, 1919.
A. TUPOR: Comptes r. de la Soc. de Biol., 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE MARITTIMO DI TARANTO (Lecce).

A proposito delle modifiche al metodo Bassini.

Si può dire che dopo la comunicazione del prof. Bassini, Direttore della clinica chirurgica della R. Università di Padova, fatta nel 1886 alla terza riunione della Società Italiana di chirurgia, la nostra arte e la nostra scienza acquistò un nuovo e razionale metodo per la cura radicale delle ernie inguinali.

Tale metodo venne subito in possesso di tutti i chirurgi del mondo con grande benefizio dell'umanità sofferente e con grande prestigio della chirurgia ed un valente e brillante chirurgo francese, il Tillaux in una sua magistrale lezione clinica alla Charité nel 1894 inneggiava al metodo Bassini per la cura radicale delle ernie inguinali. Sicchè questo metodo, gloria della chirurgia italiana, s'impose per se stesso in tutti gli ambienti chirurgici.

Nella seduta del 2 aprile 1894 della sezione Medicina militare del congresso medico internazionale tenuto a Roma, a proposito di una comunicazione del professor Demostene, generale medico Rumeno, sulla *question des hernies inguinales et crurales dans les armes*, intesa a dimostrare un suo metodo speciale, non conoscendo egli il metodo Bassini, io riferii sull'alta importanza e la razionalità anatomica operatoria di questo metodo, da doversi adoperare in ogni modo, specialmente per l'armata di terra e di mare (vedi Atti del congresso internazionale Medico da pagina 55 a pagina 64, Roma, 1894).

D'allora in poi al metodo Bassini sono state fatte molte modifiche tanto nel nostro paese quanto negli altri ed ancora altre se ne vanno facendo.

Abuserei dello spazio se io volessi qui anche in breve riassumere tutte le varie e molteplici modifiche, che dal 1899 specialmente sino al 1919 si sono fatte al metodo Bassini sulla cura

radicale dell'operazione dell'ernia inguinale, dal Backer (Brit. med. Journal, 1898, I, II, pagina 1898), al Bennet (Lancet, 12-19 sett. 1891), al Walter (Strasburgo 1918), al Bilaguel (Berlino 1918).

Tutte queste modifiche al metodo primitivo del Bassini indicano certamente un bisogno pratico, a parte la considerazione di metodi che hanno per iscopo una innovazione, sulla falsariga del metodo Bassini, intesa più che ad una necessità pratica, ad una lustra o nomea operatoria; è giustizia dire che molti chirurgi si sono impressionati e giustamente della recidiva delle ernie inguinali, avvenuta anche dopo pochi mesi dell'operazione radicale col metodo Bassini.

Certamente la guarigione per prima nel metodo Bassini è la condizione indispensabile; onde è che non bisogna attribuire a difetto del metodo per recidiva dell'ernia ciò che è difetto importante del metodo operatorio, che per la suppurazione è colpa del chirurgo o quanto meno dell'ambiente, essendo per questo metodo indispensabile la più scrupolosa osservanza del metodo asettico. Tuttavia vi sono delle recidive di ernia inguinale derivate non da insufficienza del metodo ma dalla non completa sua efficienza, date speciali condizioni; è per questo che per parecchie centinaia di casi, operati col metodo radicale Bassini, vado da anni praticando il metodo originale, con alcune modifiche consigliate da valenti nostri chirurgi e maestri e qualche una propria.

Così avendo visto ed operati casi di ernia inguinale recidivi anche dopo pochi mesi usciti dalle mani di valenti nostri operatori, mi sono affezionato alle seguenti modifiche con grande mia soddisfazione e con grandissimo vantaggio degli operati.

***

Adopero sempre la sterilizzazione del campo operatorio alla tintura di jodio all'otto per cento di recente preparata, infra cioè dodici ore; dopo la rasura dei peli, il lavaggio comune ed uno sgrassamento della cute con l'etere etilico. Uso sempre i doppi guanti; sopra quello di caucciù adopero i guanti di filo: quelli sterilizzati all'acqua bollita per 15', questi a secco con la medicatura.

Per la anestesia quasi sempre adopero l'anestesia locale alla novocaina in soluzione sodica clorurata (ogni fialetta sterilizzata e mantenuta nella tintura di jodio contiene: novocaina centigr. 8, bicarbonato di sodio milligr. 18, cloruro di sodio milligr. 16, acqua distillata centimetri cubi 2) e faccio 2 iniezioni in direzione del canale inguinale, una dall'alto in basso e l'altra dal basso in alto, di sedici centigr. di stovaina (ogni fialetta sterilizzata e mantenuta sterile nella tintura di jodio contiene: stovaina centigrammi 8, soluzione di siero fisiologico 2 cent. cubici); qualche volta ho adoperato e adopero la anestesia generale e per questa sempre uso l'eteronarcosi, facendo prima inalare poche goccie di cloroformio. Mezz'ora prima che l'operato entri nella camera operatoria faccio praticare una iniezione di morfina intramuscolare. Come materiale di sutura uso sempre il catgut, fornito dalle case, mantenendo i tubetti in tintura di jodio e rotti questi, prima di adoperarlo, lo passo per 20 minuti nella soluzione alcoolica jodojodurata (jodio metallico gr. 2, joduro di sodio gr. 1 in alcool etilico a 95, gr. 100).

Raramente ho usato la seta e questa sempre dopo averla bollita per 15', in acqua dentro gli stessi tubi forniti dalle case, con la dicitura *seta asettica*. Il catgut preparato come sopra, si assorbe lentamente ed, a parte la considerazione della sterilizzazione completa, per evitare possibili gravi infezioni chirurgiche, acquista tutte le belle proprietà dei fili di seta senza averne gli svantaggi.

Quando il sacco è grosso e a colletto molto largo, faccio sempre la sutura a borsa di tabacco, quando no, lego con nodo da mugnaio; sempre però lo fisso alle pareti addominali muscolari, facendo il così detto nodo o punto alla Backer. Tolgo sempre i lipomi perisaculari e perifunicolari, che si trovano spesse volte appena inciso il tendine del grande obliquo.

Preparato il triplice strato alla Bassini, se lo strato muscolare è ben costituito, suturo con punti ad x o punti alla D'Antona; se lo strato muscolare è molto flaccido, o il muscolo piccolo obliquo o il traverso, nella regione inguinale sono a struttura tendinea, suturo con punti ad U: in modo che l'ansa dell'U capiti in alto ed all'interno sulle fibre muscolari. Il punto pubico sempre lo faccio in modo che pigli il muscolo retto addominale. In questo modo suturando si ottiene una specie di soprapposizione dei piani a gilè a doppio petto. Se con l'ernia esiste un'ectopia inguinale del testicolo, oltre le sopradette modifiche, eseguo sempre, dopo fatto l'orchiopessia scrotale, il metodo del Mugnai e ciò per fare che il funicello faccia la più breve via e non venga molto sollevato dallo scroto, ove è stato fissato. Con queste modifiche le recidive nelle mie numerosissime operazioni sono state rarissime. Va senza dire che la prima condizione indispensabile a ciò che l'ernia inguinale non si riproduca è quella che la guarigione avvenga per prima.

Così facendo non ho inteso mai il bisogno delle plastiche, anche operando ernie inguino-scrotali in vecchi, dai 60 ai 75 anni, che datavano dai 10 ai 20 anni, veri sventramenti.

Dott. M. BATTAGLIA.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sui dolori gastrici e sul loro meccanismo di produzione.

(L. R. MUELLER. *Muench. med. Woch.*, 23 maggio 1919).

Quanto di rado possiamo renderci conto del meccanismo con cui si producono i dolori gastrici di cui così spesso i nostri pazienti si lamentano! I chirurgi ci dicono che lo stomaco è insensibile a stimoli meccanici, e la nostra esperienza c'insegna che i pezzetti di osso o le spine di pesce inghiottite non dànno alcuna sensazione dolorosa gastrica; nondimeno alcuni malati si lamentano di dolori insopportabili dopo cibi pesanti. Nè è da pensare che per la produzione dei dolori sia indispensabile la presenza di una ulcera, perchè non di rado ulceri anche profonde con esito in perforazione non hanno mai dato sentore di loro. Un fatto di difficile spiegazione è che spesso i dolori gastrici non insorgono subito dopo i pasti, ma dopo un tempo più o meno lungo, in un'epoca cioè in cui il contenuto gastrico è ridotto ad una poltiglia uniforme, incapace di stimolare meccanicamente la mucosa gastrica.

Nei casi di stenosi pilorica osserviamo spesso che i dolori coincidono colle contrazioni spastiche con cui lo stomaco cerca di superare l'ostacolo, si tratta anche qui di dolori tardivi; è possibile che anche la genesi di tutti i dolori tardivi sia dovuta alla contrazione spastica della regione pilorica, per vincere il pilorospasmo che nelle ulceri piloriche e duodenali si determina in via riflessa.

Non tutti i dolori gastrici si hanno nel periodo di espulsione; molto spesso si presentano subito dopo l'ingestione di cibo o anche a stomaco vuoto. Come si può spiegare questo dolore del digiuno, questo « hungerpain »?

La sensazione della fame che, come è noto, si avverte all'epigastrio, è dipendente dalle contrazioni a vuoto dello stomaco; ma tali contrazioni non sono così violente e spastiche da provocare dolori. Il fatto che i dolori della fame vengano per lo più mitigati o cessino completamente coll'ingestione di cibo o meglio di alcalini, farebbe sospettare che tali dolori fossero in rapporto con un aumento della secrezione dell'acido idroclorico, ma le ricerche di Schmidt sui malati con fistole gastriche hanno dimostrato che una mucosa sana non è sensibile anche a forti dosi di acido cloridrico. Si potrebbe però pensare che una mucosa ulcerata reagisse in modo diverso; difatti è noto che per lo più l'introduzione di alcune goccie di Hcl nei casi di ulcera gastrica provoca dolori, mentre l'introduzione di alcali li attenua: però non si può affermare con sicurezza se il meccanismo con cui tale fatto si verifica sia così semplice, come a priori sembra. Non è infatti raro di trovare ulceri gastriche, in cui l'Hcl è normale o aumentato, che decorrono senza sintomi clinici dolorosi.

Il quadro radiologico dell'ulcera gastrica, specialmente dell'ulcera penetrante, ci dimostra che ad essa si accompagna costantemente uno spasmo del segmento corrispondente dello stomaco, ciò che ci fa propendere per la grande importanza che bisogna dare allo spasmo anche nella genesi del dolore. Le ulceri prossime al piloro si accompagnano spesso ad un pilorospasmo, come l'esame radiologico ci ha dimostrato.

Nelle ulceri penetranti della piccola curvatura spesso lo spasmo è di tal grado che si ha una completa biloculazione gastrica.

In questo modo il dolore gastrico attribuito all'ipercloridria non è che un dolore colico. Basta che il plesso di Auerbach venga stimolato direttamente dall'acido idroclorico in una zona ulcerata anche superficialmente, per provocare uno spasmo del segmento corrispondente.

Un altro meccanismo con cui si provocano i dolori, specialmente nelle ulceri penetranti aderenti, è da attribuirsi agli stiramenti peritoneali nei movimenti peristaltici vivi o agli stimoli diretti dell' Hcl sulle terminazioni nervose dei nervi spinali (p. es. nelle ulceri penetranti nel pancreas).

Il punto di riferimento dei dolori gastrici è all'epigastrio anche quando lo stomaco è ptosico; nell'ulcera penetrante della perete posteriore esistono frequentemente dolori dorsali.

Un altro meccanismo d'azione dei dolori gastrici è stato studiato dall'Head e dal Mackenzie. Essi ammettono che nelle affezioni degli organi interni esistono zone d'iperestesia cutanea corrispondenti ad ogni organo: per lo stomaco la zona d' iperestesia cutanea corrisponderebbe all'epigastrio, o meglio sotto l'arco costale di sinistra dove, sollevando in pieghe la cute, si provocano nei casi di ulcera vivi dolori. Anche la tensione muscolare nelle parti soprastanti a visceri ammalati, viene attribuita da Mackenzie ad iperestesia del muscolo. Egli chiama l'iperestesia

cutanea: « riflesso viscero-sensorio »; la muscolare: « riflesso viscero-motorio ». Esse non sono però costanti.

Per spiegare il contrasto che esiste tra stomaco sano e malato per quel che si riferisce alla sensibilità dolorifica, sono state formulate varie ipotesi: senza entrare in esse qui basta solo accennare al fatto che l'estrema variabilità che si ha nei dolori nelle affezioni organiche dello stomaco dimostra che il loro determinismo è complesso.

Nell' ulcera gastrica non bisogna dimenticare che possono avere importanza anche i dolori vasali. Ai chirurgi è ben noto che lo stiramento o la legatura dei vasi mesenterici può provocare dolore; con questo meccanismo può spiegarsi il fatto che anche i dolori dell'ulcera gastrica spesso si accentuano nella posizione eretta e si attenuano nella posizione orizzontale.

Finora abbiamo parlato solo dei dolori dell'ulcera gastrica; esistono però altre affezioni dolorose dello stomaco.

I dolori della tabe, « le crisi gastriche », forse sono determinati da gastrospasmo; difatti si accompagnano spessissimo con vomito.

Nel carcinoma gastrico spesso i dolori mancano per lungo tempo; per lo più sopraggiungono quando si determina una stenosi pilorica.

In tutte le forme funzionali poi dei disturbi gastrici, il fatto che il senso di peso o di ripienezza scompare o si mitiga con emissione di gas fa pensare che debba intervenire nel loro determinismo uno stato di tensione morbosa della muscolatura gastrica.

Mentre la superficie cutanea possiede diverse qualità di sensazioni (senso di pressione, di temperatura, di dolore) che vengono percepite da diversi apparecchi di recezione e trasmesse da fibre nervose distinte, i visceri addominali posseggono solo una specie di sensibilità, le cui modalità si determinano solo in base all'intensità dello stimolo: così dallo stato di sazietà, di ripienezza passiamo insensibilmente allo stato di pressione, di tensione dolorosa, di crisi dolorose intense.

Resta ora a spiegare come si traduce alla coscienza questo stato di tensione della muscolatura liscia dello stomaco. Lennander e Wilms negavano agli organi interni ogni sensazione autoctona. Essi ammettono che i dolori colici dipendono o dalla pressione delle anse rigonfie sul peritoneo parietale, o dallo stiramento che gli organi che s' irrigidiscono determinano sui legamenti. Però in questi ultimi anni si tende ad ammettere che i visceri cavi possono avere sensazioni autoctone provocate da spasmi della muscolatura liscia. Le sensazioni dolorose non pare che seguano la via del vago: è probabile però che il senso di nausea segua la via del vago per arrivare alla corteccia cerebrale. La scialorrea, il pallore e il sudore del viso, i disturbi del cuore e del respiro che accompagnano la nausea sono forse dovuti ad irradiazioni dello stimolo dal nucleo viscerale del vago al pavimento del quarto ventricolo.

La trasmissione però delle sensazioni dolorose segue spesso, secondo le recenti ricerche di Neumann, la via dello splancnico. La stimolazione dello splancnico messo allo scoperto provoca dolore: interrompendo la conducibilità dello splancnico si possono fare operazioni sullo stomaco senza provocare dolore, pur lasciando i vaghi intatti.

Sul decorso delle vie sensitive dallo splancnico fino al cervello poco conosciamo di sicuro, certo è che le vie nervose sensitive prima di arrivare al cervello prendono vaste connessioni e rapporti per cui si spiegano i fenomeni complessi che si accompagnano alle intense sensazioni dolorose gastriche.

P. ALESSANDRINI.

CHIRURGIA.

Il drenaggio della cavità addominale.

(F. LE MOYNE HUPP. *Annals of Surgery*, febbraio 1919).

Considerando il grandissimo numero di interventi sull'addome che si eseguono ovunque al giorno di oggi, l'A. si è deciso a riprendere l'importante questione del drenaggio della cavità peritoneale. Questione questa ancora discussa se si considera il diverso modo di comportarsi dei diversi chirurgi, ognuno secondo la propria esperienza. Certo l'aver conosciuto di quali potenti mezzi disponga il peritoneo per proteggersi dalle infezioni ha condotto i chirurgi a drenare sempre meno. Quando si deve drenare? Il Murro dice che bisogna prendere in considerazione tre fattori:

1) Il valore individuale per quel che riguarda la suscettibilità all'infezione.
2) La virulenza dell'infezione.
3) La presenza o meno di distinti focolai settici.

Naturalmente nemmeno con questi tre criteri si possono dare regole fisse; solo il giudizio che si acquista coll'esperienza serve a stimare il loro valore.

La posizione degli operati nel drenaggio dell'addome. — L'A. dà grande importanza alla posizione nella quale viene posto il paziente e ricorda il lavoro di Hill che per facilitare il drenaggio pone i suoi operati a seconda dell'area di peritoneo colpita: nella posizione di Fowler

o in decubito dorsale, ventrale o laterale. Raccomanda la posizione di Fowler anche per il trasporto degli addominali perchè a causa del diminuito assorbimento tossico che ha luogo in questa posizione, per il minore potere di assorbimento del peritoneo che riveste la cavità pelvica in paragone di quello che riveste il diaframma e dell'omento, vi è minore pericolo di shock e di collasso. Del resto già da parecchi anni Munro ha parlato delle alterazioni della funzione cardiaca che hanno luogo negli addominali in seguito ad assorbimento di prodotti tossici.

Ferite di guerra dell'addome. — L'autore riporta le conclusioni della recentissima pubblicazione di Bowlby che cioè: il drenaggio dell'addome è di ben poca utilità eccetto che nelle lesioni localizzate e fa notare la grande differenza che esiste fra la pratica civile e la chirurgia di guerra a causa delle speciali condizioni psichiche e di ambiente in cui si trovano i soldati al momento nel quale vengono colpiti.

L'irrigazione alla Carrel. — Questa può essere di grande utilità specialmente per la sterilizzazione di cavità ascessuali di origine tubarica e appendicolare.

Ferite da arma da fuoco. — Quasi tutti i chirurgi sono d'accordo nel concludere che è inutile se pure non dannoso drenare il cavo peritoneale in caso di ferite penetranti. Al più, in casi speciali, si può drenare il Douglas per 24-48 ore.

I tubi di drenaggio. — Hathway sconsiglia di drenare con tubi cavi. Troppo facilmente attraverso questi condotti possono risalire germi dall'esterno; e le infezioni secondarie sono più pericolose delle primitive.

Qualora si debba drenare consiglia di usare un pezzo di gomma molle piegata. Egli è del parere che convenga sempre di chiudere completamente le pareti; ha agito in questo senso in un caso di perforazione dello stomaco per ulcera e in un caso di peritonite gonococcica, nel quale la cavità peritoneale era piena di liquido torbido e le tube contenevano pus denso. Ambedue guarirono. L'A. non approva questo modo di procedere, perchè ritiene che per quanto sia accurata la « toilette » del cavo peritoneale, non può mai essere completa, assolutamente parlando.

Il drenaggio nell'appendicectomia. — Nella eventualità di dover lasciare un drenaggio, l'incisione di scelta deve essere quella di Mac Burney, sia perchè conduce direttamente sull'appendice, sia perchè è quella che più difficilmente dà luogo a ernie post-operatorie. Questa incisione convenientemente ampliata permette anche di esplorare gli organi contenuti nel bacino. Dovendo però assicurarsi dello stato della cistifellea e dello stomaco, l'A. crede buona regola eseguire una seconda incisione. Riferendo l'opinione di molti fra i più distinti chirurgi americani, egli ritiene che bisogna sempre drenare un ascesso appendicolare a meno che non si rinvenga solo poco pus fluido inodoro. Come drenaggio di Lemogue usa a preferenza un rotolo di garza avvolto in una lamina di gomma a mo' di sigaretta. Perchè funzioni bene bisogna che il drenaggio sia declive, lasso e che non venga compresso in alcun punto. Bisogna drenare almeno per una settimana.

Il drenaggio nella peritonite tubercolare. — Questa non è, come ha spiegato W. Mayo, una malattia primitiva, ma un sintoma. Infatti l'accumulo di liquido nel cavo peritoneale è dovuto a lesioni tubercolari dell'intestino, delle ghiandole retroperitoneali o, più generalmente, degli ostii delle tube di Falloppio. Il pericolo da evitare sono le infezioni associate. Perciò l'A. conclude che in questi casi, dopo una accurata « toilette », bisogna chiudere le pareti. M. A.

PATOLOGIA ESOTICA.

La febbre fluviale al Giappone.

Le febbre fluviale (febbre di Kedanis, Tautsugamushis, Akamushis) è una malattia caratterizzata da tracce di punture di artropodi, da eruzioni cutanee sotto forma di roseola e di papule, da febbre alta, da ipertrofia glandolare e da un insieme di sintomi clinici generali. Per tutti questi sintomi essa è legata alla febbre a macchie delle montagne rocciose ed al tifo esantematico; tuttavia se ne distingue, come diremo, sia per i dati epidemiologici, sia anche per i caratteri di immunità.

La sua durata è di circa 20 giorni e l'età più frequentemente colpita è dai 10 ai 30 anni; la mortalità è di circa il 25 %.

EPIDEMIOLOGIA.

Sulla natura dell'agente patogeno ancora nulla conosciamo.

Dai dati epidemiologici noti fino ad oggi risulta che questa malattia si riscontra lungo i fiumi del Giappone ed alla Formosa; essa ricorre durante la estate, dal giugno al settembre, ed è in rapporto al presentarsi delle larve di un acaro del genere *Trombidium* che in Giappone sono chiamate volgarmente *Akamushi*.

Nigashima e Okumura hanno studiato la mor-

fologia ed il ciclo biologico di queste larve e le hanno denominate *Leptus Akamushi;* esse sono di colorito rosso e rassomigliano alle larve di *Leptus autumnalis,* frequente nelle regioni europee.

Nel Giappone le *Akamushi* vivono in natura a preferenza sui topi campagnoli (*Microtus Montebelloi*) e sono sempre così numerose che questi roditori si possono considerare i loro ospiti naturali; vivono anche su altri animali, ratti, conigli, cavie, cani, gatti, scimmie. Sugli animali restano attaccati in media 5-6 giorni, dopo li abbandonano e passano allo stato di ninfa e successivamente di adulti; allo stato di ninfa e di acari adulti si nutrono di succhi vegetali.

Sugli animali si attaccano a preferenza alla base dell'orecchio e attorno gli occhi; al posto della puntura la pelle è gonfia e coperta di una sierosità dalla quale emerge la parte posteriore dell'acaro.

Nell'uomo si attaccano più frequentemente alle regioni addominali, parti genitali, inguine ed al posto della puntura determinano una necrosi da coagulazione con infiammazione fibrinosa; non si osserva però linfadenite.

Infezione naturale negli animali.

L'infezione naturale negli animali è stata studiata portando nei centri di infezione, topolini bianchi, ratti, conigli, cavie e scimmie sicuramente non infetti e facendoli pungere dalle *Akamushi.*

Nelle scimmie queste larve hanno determinato una infezione naturale vicina alla malattia fluviale nell'uomo; l'incubazione nelle scimmie è stata di 5-8 giorni e la temperatura ha raggiunto 40-41; è mancato l'esantema forse per particolari condizioni della cute.

Nei topi campagnoli invece queste larve non hanno determinato una infezione rivelabile per alcun sintomo clinico; però questa è stata accertata inoculando in animali sensibilmente recettivi (scimmie) una emulsione di organi emopoietici dei topi sospetti.

Queste ricerche sperimentali inducono a pensare che questi roditori, che in natura rappresentano gli ospiti naturali delle *Akamushi,* possano essere anche gli ospiti depositarii del virus.

Infezione sperimentale negli animali.

L'infezione sperimentale si può ottenere inoculando in animali recettivi per via sottocutanea, intraperitoneale, endovenosa, il sangue o l'emulsione di organi emopoietici di uomo o di animali infetti; il sangue è infettante soltanto durante il periodo febbrile.

La infezione non è trasmissibile per via cutanea, depositando cioè l'emulsione infettante sulla cute.

Gli animali più sensibili alla infezione sperimentale sono le scimmie, genere *Macacus;* la incubazione varia da 6 a 8 giorni, la febbre dura circa 2 settimane; la morte delle scimmie ha luogo molto raramente.

Negli esperimenti sulle cavie avviene quanto si nota in natura sui topi campagnoli; le cavie non reagiscono clinicamente all'infezione, ma se l'emulsione di organi emopoietici di una cavia infetta è inoculata in una scimmia, riproduce in questa l'infezione sperimentale.

Natura dell'agente patogeno.

La via sperimentale dimostra la trasmissibilità della malattia; però noi nulla conosciamo sulla natura dell'agente etiologico.

Kithasima e Miyajima hanno eseguito molti e rigorosi studi tanto nell'uomo che negli animali naturalmente e sperimentalmente infetti, ma non hanno conseguito alcun risultato positivo.

Nel sangue dell'uomo sono stati osservati dei granuli basofili e delle figure filamentose a 8 (anelli di Chabot), ma questi sono reperti frequenti nelle anemie; all'acme della malattia si nota una spiccata leucopenia e più tardi una leucocitosi.

Nella milza di una scimmia infetta sono state riscontrate inclusioni simili ai granuli plasmatici di Koch e formazioni intraleucocitarie analoghe ai corpi di Kurloff, granuli di emosiderina.

Kithasima e Miyajima hanno accertato che il virus non passa attraverso candele Pukall o Berkefeld e che non si trova nel siero dopo coagulazione nè nel plasma citratato; questo virus quindi resta con i globuli e forse con i leucociti; a questa affermazione gli AA. sono indotti dal fatto che l'essudato leucocitario raccolto dal peritoneo di una scimmia è stato virulentissimo.

L'acqua distillata che emolizza i globuli rossi distrugge dopo un quarto d'ora anche il virus; esso è anche distrutto dopo un'esposizione di mezz'ora a 45°.

Anche i tentativi di cultura eseguiti con i mezzi usuali tanto dall'uomo che dagli animali hanno dato risultato negativo.

Kithasima e Myajima riferiscono che dalla piaga causata dalla puntura dell'acaro, e dalla roseola e dall'urina di infermi di febbre fluviale, hanno isolato un germe colle caratteristiche del

bacillo della difterite; questo germe dava una tossina neutralizzabile col siero antidifterico.

Gli stessi autori hanno riscontrato nei topi naturalmente infetti di febbre fluviale due spirochete.

La prima, grossa e tozza, è stata riscontrata nel sangue; essa ripete in parte i caratteri dello *Spirillum minor* di Carter ed in parte i caratteri della spirochete che determina nell'uomo la malattia dovuta al morso da topo; questa spirochete, inoculata nelle scimmie, non ha riprodotto la febbre fluviale.

La seconda spirochete, sottile e lunga, è stata riscontrata nel rene dei topi campagnoli ed è da identificarsi collo *spirochete itteroemorragica*.

Gli stessi Kithasima e Miyajima hanno isolato dalle *Akamushi* dei blastomiceti, *Clamydomices Akamusii*, con i quali però non hanno riprodotto l'infezione sperimentale della malattia.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

Abbiamo accennato che la malattia fluviale del Giappone si può avvicinare per i suoi sintomi alla febbre a macchie delle montagne rocciose ed al tifo esantematico; ma queste tre infezioni, se pur strettamente legate per la sintomatologia clinica, si differenziano per l'epidemiologia e per i caratteri di immunità.

I dati epidemiologici dimostrano che il tifo esantematico è trasmesso dal pidocchio, *Pediculu vestimenti*, la febbre a macchie delle montagne rocciose è trasmessa dalle zecche, *Dermatocentor Andersoni* o *venustus*, mentre la febbre fluviale è trasmessa da un acaro allo stato di larva, *Leptus akamishi*.

Ma oltre i dati epidemiologici delle forme suddette abbiamo anche i criterii di immunità. I lavori di Anderson, Goldberger, di Ashburn e Craig dimostrano che queste forme sono l'una indipendente dall'altra; recentemente poi il Kodama dell'Istituto Kitasato ha notato che una scimmia che abbia contratto due di queste malattie non acquista l'immunità per la terza.

TERAPIA.

Ogni tentativo terapeutico è fallito; la terapia è puramente sintomatica.

PROFILASSI.

Per la profilassi bisogna distruggere i topi; buoni risultati sono stati ottenuti col virus della setticemia dei topi.

Prof. C. BASILE.

DIVAGAZIONI.

Per il libro medico italiano.

In questo salutare risveglio dell'attività dell'organismo italiano — frutto benefico della grande guerra — in tutte le sue multiformi manifestazioni, col fine nobilissimo di emancipare il Paese dalla umiliante tutela straniera che pesava sinistramente sulla vita nazionale, un problema che si affaccia all'esame dei medici italiani, è quello che si riferisce alla condizione di evidente inferiorità nella quale si trova l'industria del libro medico italiano.

Il *Policlinico* si è più volte, patriotticamente, occupato dell'argomento. Non sarà inutile che ci si torni sopra ancora una volta, per vedere se è possibile provocare su ciò un dibattito che possa invogliare e spronare i nostri maggiori a far qualcosa per dare al libro italiano di medicina una vita e una fisonomia e una individualità prettamente italiane, e in pari tempo, fare in modo che il nostro libro varchi i confini della Patria e sostenga, dove può, l'urto della concorrenza col libro straniero. Ma se potremo ottenere che il medico italiano si liberasse una buona volta, in larga misura, dal libro francese, inglese o tedesco, avremo reso alla Patria un rilevante servigio.

Esaminiamo, serenamente, il problema: I nostri maestri di medicina e chirurgia — se facciamo poche e lodevoli eccezioni — hanno finora schivato — con sacro orrore — l'arduo e faticoso lavoro di compilare libri sui quali fosse riprodotto ed eternato il progresso e — perchè no? — il primato della medicina italiana.

Pur troppo, le Case editrici, con le solite lodevoli eccezioni, preferirono sempre, come più comodo e più a buon mercato, far tradurre da una lingua straniera qualsiasi, qualche libro di celebrità improvvisata, che, con l'immancabile e compiacente prefazione del tale o tal'altro direttore di Clinica, veniva presentato al pubblico medico italiano. E la nostra cultura medica fu il frutto dello studio sopra libri stranieri o sopra scorrette dispense litografate.

Bisogna pur dire la verità: la colpa principale di tale stato di cose, deve essere data ai nostri maestri di medicina e chirurgia (non se l'abbiano a male, per carità), grandi e grandissimi. I trattati nostri, e son pochi quelli che si salvano, mostrano al lettore la grande, immanente preoccupazione degli autori di esporre, con larghezza di commenti e di critiche, tutta la loro erudizione, e, alla fine, essi non si accorgono che se hanno dato bella prova di cultura e di

solida preparazione scientifica, hanno perduto di vista il fine precipuo che deve avere un trattato destinato al grande pubblico medico: « la praticità e la semplicità », onde i medici possano trovare nel libro, più che il superfluo, l'utile. Quello, in fondo, che fa preferire a noi tutti il libro francese o inglese.

Purtroppo, non tutti i medici possono avere la comodità o il privilegio di frequentare per anni sale di chirurgia, o cliniche mediche, o corsi di perfezionamento, e ricevere così, dalla viva voce dei maestri, gl'insegnamenti che debbono guidarli, con piè fermo e con sicurezza, nello scabroso cammino della pratica medica. Ond'è che la maggior parte di noi — e questo è un male grandissimo che bisognerebbe rimuovere — esce dalle Università con un corredo di cognizioni grande o piccolo, e con poca o nessuna pratica. È chiaro, pertanto, che questa grande parte che affronta la lotta per l'esistenza e che vuole migliorare e completare le sue conoscenze medico-chirurgiche, senta il bisogno di ricorrere a buoni e pratici trattati, dai quali apprendere, non dico tutta la pratica medico-chirurgica, che molte cose soltanto sotto la guida di uomini sperimentati possono essere comprese e assimilate, ma una buona somma di nozioni che riusciranno preziosissime nella pratica medico-chirurgica. Porto un esempio: la grande fortuna della *Chirurgia di urgenza* del Lejars dove sta? Non certo nelle cose che egli dice, che i nostri maestri sanno a menadito e in condizione di insegnarle ai propri alunni, ma nella grande semplicità e praticità dell'esposizione, nella dovizie e chiarezza delle illustrazioni, onde i varî tempi delle operazioni, dalle più semplici alle più difficili, ci si presentano con la più grande verità all'esame e allo studio. I nostri libri difettano di buone illustrazioni, e tutto al più recano degli schizzi che mal riproducono la verità, e lasciano nel lettore il dubbio, che sempre provoca il disinteresse.

Se dal campo della medicina e della chirurgia generale noi passiamo a quello delle specialità, l'orizzonte diventa ancora più angusto e scoraggiante. La maggior parte dei nostri libri di pediatria, di oculistica, di venereologia, sono stranieri, eppure l'Italia non manca di valorosi pediatri, oculisti, ecc.

Bisogna quindi cambiar strada, ora che la Nazione, rinnovellata nell'anima e nel corpo, cerca con diritto e con virilità il suo posto di indipendenza e di libertà in tutti i campi dell'attività umana, fra le altre nazioni. E cambiar strada tutti: autori, editori, medici. I primi, col ricordarsi che i loro libri vanno nelle mani di moltissimi medici generici, modesti ma desiderosi di sapere e di apprendere meglio e di più, e di pochissimi che sono i grandi o quasi grandi medici e chirurgi. Sieno, perciò, gli autori, quanto è possibile *semplici* e *pratici,* cerchino di riprodurre nel libro non solo il loro pensiero per iscritto, ma cerchino di fotografarlo, per così dire, e darcelo vivo e reale, di modo che le cose più semplici e anche le più complicate, il medico e lo studente, se non le afferri nel giro dell'esposizione e del ragionaento dello scrittore, le veda emergere, nitide e chiare, da una buona illustrazione, perchè, è risaputo, che sovente una esatta e fedele figura dice di più e meglio di molti periodi di prosa astrusa e farraginosa.

Gli editori, che con tanto zelo si affrettano a far tradurre le opere straniere, per le quali conservano la carta e i tipi migliori e più eleganti, cerchino di cooperare e incoraggiare gli autori in quest'opera patriottica di emancipazione e di rinascita libraria, facciano di tutto per presentare, nella migliore veste tipografica, il libro italiano, chè, molte volte, il successo di una pubblicazione sta, non solo nella bontà del suo contenuto, ma anche nell'estetica del lavoro tipografico; i medici e gli studenti, acquistando di preferenza i libri nostri, diano agli autori e agli editori lo stimolo a perseverare e a migliorare, stimolo questo, che nasce dal sapersi letti e apprezzati e dal non vedere inutilmente impiegati sforzi e denari.

Così, noi che viviamo all'estero, e che proviamo dinanzi ad una vittoria del lavoro italiano legittimo orgoglio, come se qualcosa dell'onore e del trionfo dell'ingegno italiano ci appartenesse, ma che, allo stesso modo, ci sentiamo diminuiti e umiliati quando dobbiamo constatare che la nostra produzione è difettosa, o manchevole, o peggio, possiamo con fierezza dire che i medici italiani nulla hanno da apprendere su libri stranieri, che i nostri maestri non abbiano scritto e detto in forma più elegante e più chiara.

Laguna (Brasile), giugno 1919.

Dott. Aurelio Rotolo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 3 giugno 1919.

Contributo allo studio del meccanismo della terapia aspecifica delle infezioni.

JOSE' CARRA. (Istituto Farmacologico diretto dal prof. R. Luzzatto). — L'A. in questa prima parte delle sue ricerche si è occupato del numero dei leucociti, della formula leucocitaria, del ricambio azotato generale e purinico, della temperatura e della velocità di coagulazione del sangue dopo introduzione per via endovenosa di: *peptone Witte* e di *Du Fresne*, di *estratti bacterici*, di *proteine eterogenee* più complesse e di *metalli colloidali*. I risultati delle sue esperienze si possono così brevemente riassumere. In seguito all'iniezione endovenosa di peptone si manifesta rapidamente intensa leucopenia che raggiunge il suo massimo circa una ora o un'ora e mezza dopo l'iniezione. La leucopenia è dovuta specialmente a scomparsa dei polinucleati. La leucopenia, se la dose introdotta non è mortale, è seguita da intensa iperleucocitosi che raggiunge il suo massimo circa 24 ore dopo l'iniezione. Lo studio della formula leucocitaria in questo periodo dimostra una enorme prevalenza dei polinucleati (sino al 98 %). Il numero dei leucociti e la formola leucocitaria ritornano al loro grado normale 70-80 ore dopo l'iniezione. Ripetendo l'iniezione di peptone quando si ha il massimo di leucocitosi si manifesta di nuovo intensa leucopenia; per una terza iniezione di peptone quando i leucociti sono nuovamente saliti di numero si ha ancora abbassamento e iperleucocitosi, ma quest'ultima meno intensa che dopo le prime iniezioni. Tali fatti si hanno ancora più evidenti per iniezioni di *estratti bacterici*, evidenti ma meno intensi per iniezioni di proteine più complesse, meno rapidi a comparire ma abbastanza intensi con i *metalli colloidali*.

La temperatura (per iniezioni di dosi non mortali) dopo l'iniezione presenta un fugace abbassamento, poscia s'innalza a 40-41 e torna normale dopo circa 24 ore. Per la velocità di coagulazione del sangue l'A. conferma quanto fu già affermato specie dal Nolf. Si ha in seguito all'iniezione di peptone un grandissimo aumento del ricambio azotato generale e del ricambio purinico. L'A. ritiene che la leucopenia stia in rapporto con distruzione di leucociti e che l'iperleucocitosi successiva avvenga per la ben nota legge biologica dell'ipercompensazione.

La distruzione dei leucociti secondo l'A. non è già dovuta ad azione diretta del peptone e delle proteine, come risulta da prove in *vitro;* ma da sostanze che nell'organismo si formano in seguito a queste iniezioni. Molto probabilmente la leucolisi è dovuta a prodotti di disintegrazione delle sostanze proteiche introdotte, prodotti che si formano per opera della digestione parenterale: ma la *leucolisi* specie dei *polinucleati*, secondo l'A., *produce a sua volta una mobilizzazione in circolo di fermenti specie proteolitici*. A conferma di ciò stanno le ricerche della scuola americana (eseguite però con tutt'altro indirizzo) dalle quali risulta il grande aumento delle proteasi del siero dopo l'iniezione di proteine eterogenee.

Secondo l'A. i benefici che si sono ottenuti nelle malattie infettive trattate con l'iniezione di proteine eterogenee o di sostanze denaturanti le proteine del plasma sarebbero dovuti a due meccanismi distinti:

1° digestione della massima parte dei batteri per opera dell'enorme aumento dei fermenti proteolitici messi in libertà dai leucociti disciolti;

2° fagocitosi per parte del grandissimo numero di polinucleati neutrofili giovani messi in circolo dalla successiva reazione dell'organismo.

Prendono parte alla discussione sull'argomento, i professori Centanni, Ascoli, Tarozzi, Donati, Simonini, ai quali risponde esaurientemente il professore Luzzatto.

Ricerche sopra gli acidi biliari nella primissima infanzia.

R. GREGO (assistente della Clinica Pediatrica diretta dal prof. B. Simonini). — A completare lo studio intrapreso da alcuni anni dalla nostra Clinica, sopra la bile nell'infanzia, l'A. espone i risultati delle sue ricerche sopra gli acidi biliari principali: *tauro e glicocolico*. Espone le conclusioni delle sue ricerche fatte sopra bile di prematuri (6 osserv.) di neonati a termine (26 osserv.), di lattanti (12 osserv.), di svezzati (8 ottobre) e di bimbi di maggiore età (6 osserv.). Non ebbe reazioni positive in bile di feti, prematuri indipendentemente dalle condizioni del fegato e della sostanza colorante della bile; nel neonato ottenne reazioni incerte verso la fine della 2ª settimana e nella 3ª settimana, ed in qualche caso anche sulla fine del 1° mese. Reazioni nettamente positive non sono rare nella 3ª settimana di vita estrauterina. Nei lattanti furono notate reazioni negative solo in 2 casi con fegato anemico e con degenerazione adiposa; nei divezzati la reazione fu sempre positiva, eccetto in casi di bile bianca illustrati già dal suo maestro prof. Simonini. Nel feto fino a 6 mesi manca la vera sostanza colorante della bile come ha dimostrato il Simonini, e mancherebbero anche gli acidi relativi; in seguito quella apparisce, si accentua, si che alla nascita si mostra abbondante, mentre

questi fanno ancora difetto e perciò per qualche tempo ancora dopo la nascita, non esisterebbero rapporti tra questa e quelli . La cellula epatica quindi dal 6º mese della vita intrauterina già matura per elabòrare i pigmenti, non lo sarebbe egualmente per la costituzione degli acidi biliari e cosi ancora nei primi giorni dopo la nascita. Però questa conclusione sembra troppo assoluta specialmente se si ricordano le ricerche di Zweifel sul meconio, e per ora l'A. ritiene più prudente riconoscere che i metodi finora proposti per gli acidi biliari, forse non siano abbastanza sensibili per svelare piccole quantità che forse possono esistere.

Sopra un voluminoso tubercolo del miocardio in un bambino di 18 mesi.

R. SIMONINI (Direttore della Clinica Pediatrica). — Il bambino fu ricoverato d'urgenza in Clinica per le gravissime condizioni generali, cainosi, accessi di soffocazione, ecc. Profondamente denutrito e rachitico, presentava fenomeni di adenopatia tracheo-bronchiale e di tubercolosi polmonare diffusa. Mori improvvisamente durante un accesso di tosse, in apnea.

All'autopsia oltre ai fatti di tubercolosi polmonare e dei gangli pre ed intratracheobronchiali, fu riscontrato un grosso tubercolo dell'orecchietta destra del cuore, dilatata, deformata da quello.

Il tubercolo del volume di una grossa nocciola, era coperto da pericardio ispessito ed aderente, aveva forma ovoide, oblunga dall'alto in basso, immedesimato col miocardio, non protrudeva in cavità. Privato del pericardio mostra superficie pressochè uniforme; alla sezione colorito giallo pallido; consistenza piuttosto notevole. L'apparato valvolare e l'endocardio normali.

L'esame istologico dimostra molto chiaramente trattarsi di un tubercolo caseoso al tutto simile a quelli elastici del cervello; la struttura è quasi fibrillare, la massa al centro appare caseificata, absoleta come nel tubercolo del peritoneo. La struttura fibrillare alla periferia è a fascetti concentrici, distribuiti con una certa uniformità più spesso, talvolta raggruppati e frammisti a qualche cellula epitelioide: le cellule giganti non rare alla periferia mancano al centro. Per ogni preparato si notano 4-6 bacilli di Koch, a ridosso della sostanza caseosa e ad essa intimamente legati, nelle zone più lontane o non se ne trovano o vi sono rarissimi. L'O. dimostra come in generale rara sia la tubercolosi del miocardio, rarissimo il tubercolo; quello di cui mostra l'esemplare ed i relativi preparati istologici, per la sua sede e per il volume raggiunto sembra unico caso nella letteratura generale, in quella pediatrica trovansi riferite le sole osservazioni analoghe di Hand, Tirey e Demme, nelle quali però il tubercolo era di volume assai minore ed aveva sede nei ventricoli. Dimostra come ne riesca impossibile la diagnosi in vita, e come risulti una sorpresa alla necroscopia.

Nuovo reperto istologico delle paratiroidi in un caso di corea volgare.

I. ZIBORDI (Assistente della Clinica Pediatrica diretta dal prof. R. Simonini). — Nel caso studiato dall'O. esistevano combinati due fatti, poichè due sole paratiroidi vennero trovate ed anche in queste scarsissime erano le cellule cromofili, come dimostrano i preparati istologici che presenta. La bambina aveva sofferto di corea quattro volte in pochi anni, ed era mancata per polmonite bilaterale consecutiva ad influenza. In essa era quindi esistita sempre un'ipofunzione latente paratiroidea la quale si fece manifesta con fenomeni di corea quattro volte, sedati sempre con l'uso della paratiroidina Vassale.

Espone quindi in generale i concetti del suo maestro in rapporto al modo di agire delle glandole endocrine in genere, delle paratiroidi in particolar modo, e ricorda come anche recenti pubblicazioni (Paton, Friday, Koch, ecc.) abbiano dato completa ragione alla teoria del Simonini, confermata ancora dal reperto anatomo-patologico ed istologico del caso presente.

Risponde esaurientemente alle osservazioni del prof. Donati e del dott. Levi.

R. SIMONINI, segr.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La tubercolosi renale, misconosciuta dal pratico.

Le cause, per cui assai spesso la tubercolosi renale non viene riconosciuta a tempo, sono la negligenza del malato, la torpidità della malattia e talora anche l'esitazione del pratico davanti ad un caso clinico un po' speciale.

Questa malattia — *quasi sempre unilaterale* — deve essere sospettata in ogni giovane affetto da frequenza di minzione e da piuria. Questa cistite apparentemente iniziale che attira per sè sola l'attenzione è invece sempre secondaria, nella donna al rene, nell'uomo anche alla prostata od al testicolo. È appunto la cistite la principale causa d'errore, è per essa che l'ammalato consulta il medico e rimane sorpreso di sentire che è invece ammalato il rene, dal lato del quale non ha mai avvertito dolori.

I soli segni di certezza sono la ricerca del bacillo di Koch nel sedimento e l'inoculazione alla cavia.

Un'altra delle cause d'errore è la seguente: l'urina viene spesso inviata al farmacista che ne pratica il solo esame chimico. Per il fatto che il pus si discioglie nell'urina, si trova in questa una piccola quantità di albumina. L'ammalato viene ritenuto un nefritico, gli viene consigliato il latte che lo smineralizza e gli affatica la vescica.

Bisogna anche fare attenzione (Pillet - *Journal de méd. et chir. pratiques,* 25 apr. 1919) a non prendere questi piurici per dei blenorragici: la cistite blenorragica è una vera rarità in confonto della forma tubercolare.

La tubercolosi renale non guarisce spontaneamente, essa invece progredisce talora con lentezza, ma inesorabilmente: può però presentare nel suo decorso delle lunghe remissioni. Essa va considerata come una tubercolosi chirurgica ben localizzata (come quella delle articolazioni o dei ganglî) a cui l'organismo resiste meglio che alla tubercolosi polmonare. Operati precocemente, questi ammalati possono considerarsi definitivamente guariti: se l'operazione è tardiva sono almeno assicurati per un certo periodo di anni dalla recidiva. Sbarazzato dalla massa delle tossine del rene tubercoloso, l'organismo reagisce mirabimente e subisce un notevole ingrassamento e miglioramento.

fil.

Ematuria e tubercolosi.

Chauffard (*Journal des Praticiens,* 29 marzo 1919) ha presentato ad una lezione il caso di un giovane di 20 anni, che in seguito ad un attacco, ritenuto influenzale, aveva accusato dolore lombare unilaterale, in corrispondenza della fossa renale sinistra, ed ematuria. Le urine contenevano emazie e piccola quantità di albumina; la palpazione della regione renale dava risultati negativi, l'esame dell'infermo ha rivelato l'esistenza di tubercolosi all'apice destro, e l'esame degli sputi, dopo tre risultati negativi, ne ha dato uno positivo.

L'A. mette quindi in rilievo che trattasi di un tubercolotico già antico in cui si è verificata la ematuria moderata, che, per il fatto dell'unilateralità del dolore, deve ritenersi monolaterale.

Per quanto riguarda le cause dell'ematuria, bisogna qui eliminare la nefrite influenzale, che si rivela soltanto con albuminuria; l'infarto renale provoca incidenti ematurici analoghi, ma trattasi sempre di vecchi cardiaci, o comunque di individui che hanno delle cause di embolismi; da altra parte le ematurie da infarto sono di breve durata, e raramente diagnosticabili clinicamente. Si deve altresì escludere una nefrite ematurica, che si rivela con accessi, più o meno acuti, nel corso di una nefrite cronica, con cilindruria, edemi ed albuminuria notevole e persistente.

Si deve dunque pensare ad una tubercolosi renale, la quale è tutt'altro che rara, ma è solitamente preceduta da sintomi di cistite mucopurulenta od ematurica, che in questo caso però è mancata; i bacilli debbono quindi essersi localizzati primitivamente nel rene. L'esistenza di tubercolosi può essere confermata dall'esame del sedimento urinario (eventualmente inoculato in cavie); trattandosi poi generalmente di lesioni unilaterali, si può localizzare la lesione con il cateterismo degli ureteri. Ad ogni modo i reperti negativi in tale senso non permettono di escludere la tubercolosi renale, che è stata spesso riscontrata all'atto operativo, anche dopo reperti negativi; ciò può accadere in quanto che la tubercolosi renale può determinare dei focolai parenchimatosi chiusi, ed in tal caso non vi è bacilluria; oppure dare forme pielitiche, ulcero-caseose, con bacilluria.

Per quanto riguarda la prognosi ed il trattamento, si ammetteva fino a poco tempo fa che la tubercolosi renale unilaterale è essenzialmente favorevole agli interventi chirurgici ed alle guarigioni durature. Bisogna però riflettere che la asportazione di un rene è sempre un fatto grave, che non può farsi incondizionatamente in tutti i soggetti. La decisione, ad ogni modo, va pesata caso per caso; si può essere più favorevoli all'intervento, quando si tratti di lesioni aperte, mentre in altre condizioni la cura puramente medica e l'igiene, possono portare a guarigione anche definitiva. In ogni caso l'operazione è controindicata in presenza di lesioni polmonari.

fil.

Infezione gonococcica dei reni e degli ureteri.

Bürger (*New York med. Journ.* e *Bollettino delle Cliniche,* 1º marzo 1919) riferisce, con molti particolari, due casi di invasione della vescica, reni ed ureteri da parte del gonococco. In uno di essi, trattavasi di un giovane di 21 anno, con infezione gonococcica datante da un anno; egli aveva epididimite bilaterale, disturbi articolari, scolo uretrale ricorrente, dolori lombari continui ottusi, colica renale, piuria persistente, con tracce di albumina. Dolore alla pressione nell'angolo costovertebrale destro, rene destro nettamente palpabile.

Alla cistoscopia si notò che al lato destro vi erano due ureteri, uno dei quali con lesioni attorno all'orificio, tali da far pensare alla tubercolosi: attorno al trigono, edema diffuso e fatti flogistici con fatti di cicatrizzazione; tale uretere, stenotico

all'altezza di 10 cm. non forniva urina: l'altro uretere destro ed il sinistro erano normali; presenza di gonococchi nell'urina vescicale. Venne fatta diagnosi di stenosi uretrale con infezione della **pelvi**, **idropionefrosi** gonococcica della parte inferiore del rene destro, di cui il contenuto si svuotava ad intervalli; assenza di calcoli. Tale diagnosi venne confermata al tavolo operatorio (nefrectomia); venne così rilevato che trattavasi di un rene bilobato con lobo superiore normale, e con l'inferiore idronefrotico infetto, relativa pelvi dilatata ed uretere inspessito e con lesioni speciali, simili a quelle della vescica a fragola, tipiche dell'infezione gonococcica. Le lesioni della vescica e dell'orificio ureterale avevano l'aspetto della tubercolosi, sebbene il reperto del bacillo di Koch sia stato costantemente negativo.

In un secondo caso, in cui persistevano piuria e disturbi vescicali, l'infezione gonococcica era estesa alla vescica, all'uretere ed al rene sinistro; esistevano anche in esso lesioni papulari della vescica e tendenza alla stenosi uretrale. Le lavature dell'uretere e della pelvi con argirol al 20 % hanno provocato la rapida scomparsa delle lesioni, impedendo che si sviluppassero, come nel caso precedente, la periureterite e l'idronefrosi. *l. b.*

TERAPIA.

Sedativi epatici.

Vari sono i medicamenti che si prescrivono per moderare il funzionamento del fegato, nelle cirrosi ipertrofiche iniziali, con feci policoliche, iperazoturia, epatalgia, glicosuria: i bromuri, l'oppio a piccole dosi, l'antipirina, la belladonna ecc. Q. Robin (*Journal des praticiens,* 17 maggio 1919) consiglia il ciclo seguente. Prendere per 20 giorni 3 pillole al giorno così composte: calomelano mg. cinque, estratto di belladonna cg. dieci, polvere di liquirizia e sciroppo di gomma g. 1. — Per altri 20 giorni, invece, 3 delle pillole seguenti: arseniato di sodio mg. due e mezzo: carbonato di litina, estratto di valeriana ana cg. dieci. L'arseniato di sodio e la valeriana agiscono come moderatori epatici, il carbonato di litina come moderatore biliare. Per altri dieci giorni, alla sera, prima di addormentarsi, un gran cucchiaio della pozione seguente: Bromuro di sodio gr. 10: acq. coab. di lauro ceraso gr. sei; sciroppo di papavero g. 30; idrolato di valeriana gr. 110.

Si può, contemporaneamente o alternativamente, ricorrere all'opoterapia, preferendo però quella pancreatico ed utilizzando la polvere o l'estratto secco, inglobati in glutine, cera o cheratina, in modo che la preparazione sfugga alla azione dei succhi gastrici. *fil.*

Lo zucchero nelle dispepsie.

Il valore dello zucchero, come alimento, sembra incontestabile, e sarebbe apparentemente logica la somministrazione di alimenti zuccherati ai dispeptici. Invece è un fatto di osservazione comune che in questi ultimi, le creme, le marmellate, il miele e simili, provocano quasi immediatamente pirosi, ed in seguito delle fermentazioni, che si manifestano con dolori e rigurgiti. Ciò si deve al fatto che le sostanze zuccherine concentrate (come anche altre sostanze concentrate), provocano un'abbondante trasudazione di siero a traverso i capillari della mucosa gastrica, che viene così turbata nelle sue funzioni, mentre poi l'efflusso di liquido aumenta la distensione dello stomaco ed il lavoro della sua muscolatura.

Dalla tavola del dispeptico debbono dunque scomparire gli alimenti zuccherini concentrati (miele, marmellate, ecc.), mentre invece vi saranno largamente ammessi quelli in cui lo zucchero si trova allo stato di notevole diluizione (acqua, infusi zuccherati, frutta cotta con zucchero e simili).

(*Journal des praticiens,* 11 genn. 1919).

fil.

I pericoli dell'olio di chenopodio nell'anchilostomiasi.

L'uso sempre più esteso dell'olio di chenopodio per la cura dell'anchilostomiasi rende consigliabile lo studio della sua azione.

D. A. Roth (rifer. in *Journal Amer. Med. Assoc.,* 30 novembre 1918) ha raccolto molti dati fornitigli, al riguardo, dai medici dell'Ospedale « Santo Tomas » di Panama. Sopra 103 pazienti, cui venne somministrato l'olio, 29 ebbero sintomi di avvelenamento: vertigini, nausea, vomito, cefalalgia, sordità, depressione generale. L'effetto secondario più spiacevole consistette nella sordità, che si presentò nel 20 % di tutti i casi e che variava in intensità da forme lievissime alla perdita completa dell'udito, e nella durata da alcuni giorni a parecchi mesi: in due casi un certo grado di sordità persisteva ancora due anni dopo il trattamento.

Nessun sintomo del genere fu osservato dopo la somministrazione di timolo, al quale pertanto sarebbe doveroso di dare la preferenza.

L'A. insiste perchè il chenopodio non venga mai somministrato, se non allorchè si hanno ampie opportunità di studiare con diligenza i soggetti prima e dopo la somministrazione.

Conviene sovratutto eseguire una diligente determinazione del tasso di emoglobina: se il soggetto soffre di un alto grado di anemia, non si deve somministrare il chenopodio, e se si è sommi-

nistrato, non si deve ripeterlo, in specie nei primi dieci giorni. Naturalmente dopo la somministrazione bisognerà tener d'occhio il paziente ed al caso intervenire. R. B.

IGIENE.

La nocività dell'acido borico per la conservazione degli alimenti.

L'ingestione di acido borico provoca una diminuzione di peso nell'uomo e negli animali e specialmente una perdita di grasso, ostacola gli scambi azotati e compromette la buona utilizzazione degli alimenti, in conseguenza di un aumento nei movimenti peristaltici, che provoca diarrea. L'organismo (Lindet - C. R. Académie des sciences rif. in *Boll. ist. internaz. agricolt.*, maggio 1919) espelle soltanto l'85 % dell'acido borico ingerito, in massima parte per le orine; per il fatto che ne viene trattenuto il 15 %, è da temersi un accumulo di acido borico (come si verifica anche per altre sostanze tossiche) specialmente negli individui a cattiva funzionalità renale. Sarebbe quindi da interdire in modo assoluto l'aggiunta di tale sostanza per la conservazione degli alimenti.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il compito della vena porta nella genesi degli ascessi epatici.

Di tutte le vie che vanno al fegato e ne vengono e lo percorrono in tutti i sensi — arteriose, venose, linfatiche, biliari — il sistema della vena porta è il più frequentemente seguito dalle infezioni.

La vena porta raccoglie il sangue da tutti i visceri addominali, eccettuatine i reni, la vescica e l'utero.

Il fegato riceve sangue venoso anche dalle venule gastro-epiploiche e cistiche, dalla piccola rete delle vene para-ombellicali, dalle venuzze che provengono dalla superfice inferiore del diaframma, dal gruppo delle venuzze nutritrici che emanano dalle pareti della vena porta, dell'arteria epatica e dei condotti biliari. Sono le *vene porte accessorie* di Sappey.

Questo sistema venoso, così vasto e complesso e le cui radici giacciono in ogni angolo della cavità addominale, ci dà ragione del perchè qualsiasi processo suppurativo, in qualsiasi viscere addominale, possa dare origine ad ascessi del fegato.

I processi suppurativi intraepatici hanno primariamente sede nel connettivo interlobulare, ove decorrono i vasi: dunque non può esser dubbio che vi abbiano molta parte le lesioni vascolari. Però, quando rinveniamo un coagulo sanguigno intravascolare in via di trasformazione purulenta, è difficile decidere se il coagulo sia primario o se consegua alla presenza ed all'attività dei germi della suppurazione.

Alla necroscopia possono trovarsi ascessi molto anfrattuosi, coesistenti con trombosi venose; ma nulla consente di stabilire se queste trombosi siano la causa o l'effetto della suppurazione.

Tutti i visceri la cui circolazione è tributaria del fegato possono provocare l'ascesso epatico. Il quale si è osservato in seguito a flebite della vena splenica, come pure in seguito a flebite della vena ombellicale. Può conseguire alla cura radicale dell'ernia strozzata in cui l'omento ridotto finisce per suppurare, alle operazioni per fistole anali, per emorroidi, ecc. I processi infiammatori od ulcerativi del sistema digerente sono quelli che più di frequente danno origine all'ascesso epatico. Non di rado questo si determina come sequela di ulcere gastriche e più ancora di ulcere del tenue. A tale riguardo però è da notare la relativa immunità offerta dal fegato nelle febbri tifoidi, malgrado la presenza delle ulcere delle placche del Payer. (Per altro l'epatite suppurativa non è sconosciuta nelle febbri tifoidi). Più notevole ancora è l'immunità quasi assoluta del fegato nelle ulcerazioni tubercolari del tenue. Il punto di partenza più comune degli ascessi epatici è dato dall'intestino crasso. Non intendiamo di riferirci soltanto ai processi ulcerativi specifici, quale la dissenteria: anche una semplice colite banale non specifica, se accompagnata da distruzione della mucosa, può avere come conseguenza l'ascesso epatico. È noto che anche l'appendicite è talvolta causa di processi suppurativi del fegato.

Tutti questi fatti, che potrebbero essere moltiplicati, valgono a dimostrare la stretta relazione che intercede tra qualsiasi processo ulcerativo del tratto gastro-intestinale e l'ascesso del fegato.

Negli ascessi epatici tropicali non legati a dissenteria amebica, l'intestino è ancora il punto di partenza del processo.

L'epatite suppurativa può derivare da una flebite, per semplice contiguità, ossia per estensione del processo flogistico e purulento: è certo per esempio che le flebiti delle vene meseraiche o dei tronchi della porta, assumono un compito non trascurabile nella genesi dei processi epatici.

Ma la flebite per estensione può invocarsi solo in un numero ristretto di casi, mentre non è

dubbio che al trasporto dei germi per le vie sanguigne, e specialmente agli emboli infetti del sistema portale, spetta un compito di gran lunga più importante. La teoria embolica ha soltanto un difetto: quello di non spiegare a sufficienza la formazione degli ascessi metastatici, poichè riesce difficile ammettere che gli emboli possano attraversare i capillari polmonari ed essere arrestati, invece, dai capillari intraepatici.

Molti germi sono in grado di determinare lo ascesso epatico. Il *Bacterium coli*, lo stafilococco e altri germi piogeni ospiti abituali dell'intestino, possono raggiungere facilmente il fegato, attraverso qualche ulcerazione od erosione solitaria della mucosa. Negli ascessi epatici tropicali entrano specialmente in gioco le amebe dissenteriche; ma alle volte non si riesce a dimostrarle nella lesione epatica, neppure quando esiste la dissenteria amebica. Non è da escludere che possano aversi ascessi epatici nel corso della dissenteria, provocati da germi piogeni; come pure che ascessi epatici da piogeni possano ridurre la resistenza dell'intestino e favorire lo attecchimento secondario delle amebe dissenteriche.

(*Medical Record*, 10 lug. 1919).

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(0000) *Cause e cura dell'alito fetido abituale.* — All'abb. 9211 - Venezia:

L'alito fetido abituale non ha patogenesi unica, ma svariata, di cui enumereremo i principali fattori.

Il più spesso è dovuto alla decomposizione di sostanze alimentari che si fermano fra i denti e sulle gengive o ad alterazioni estese dentarie (carie di III e IV grado dei molari, ecc.). Questa decomposizione è più frequente in coloro che hanno una respirazione unicamente o in prevalenza boccale, per ostruzione delle fosse nasali da rinite ipertrofica, da deviazione del setto, da vegetazioni adenoidi, ecc.

Ma oltre che con tale meccanismo, le malattie delle prime vie respiratorie (naso, faringe, laringe) possono dare alito fetido per sè stesse: anzitutto la rinite ozenatosa, di cui è caratteristico il fetore ributtante. Anche le flogosi croniche dei seni accessori del naso dànno sovente fiato graveolente.

Dobbiamo ricordare le frequenti alterazioni dell'anello di Waldeyer, specie quando, per le ripetute *poussées* flogistiche, si formino delle cripte nelle tonsille palatine, che accolgono delle masse poltacee fetide, le quali vengono espulse di tanto in tanto. Del secreto denso e lurido può anche raccogliersi nella fossetta di Rosenmüller e dare cacosmia e respiro nauseoso.

È noto che i polmoni e anche le glandole salivari sono delle importanti vie di eliminazione di rimedî; e sembra che in alcuni soggetti siano molto pronte ed attive. È pure di nozione volgare come l'assorbimento di sostanze aromatiche in breve si riveli nell'aria espirata (aglio, cipolla, tabacco, acquavite, liquori).

Hanno infine alito ripugnante i gastropazienti cronici e inoltre coloro che soffrono per lesioni distruttive dei polmoni (ascesso, gangrena polmonare, ecc.).

In questa rassegna abbiamo escluso tutte le forme imponenti e gravi delle prime vie respiratorie e digerenti: stomatiti ulcerose diffuse, aftose, cremose, tumori maligni ulcerati delle fauci, dell'esofago, della laringe e simili.

La cura dovrà essere sopratutto causale, allontanando e modificando il fattore primo; come terapia sintomatica, colluttori e gargarismi a base di mentolo, timolo, tintura di lavanda e di cui vi sono numerosissime formule.

G. Bilancioni.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

L. Ferrannini. *Manuale di Semeiologia medica fisica e funzionale.* — Prezzo L. 16.00. Casa Editrice V. Idelson, Napoli, 1919.

È un libro che in breve tempo ha avuta la meritata fortuna di giungere alla terza edizione. Tale fatto costituisce già la più efficace raccomandazione.

La nuova edizione ha il vantaggio sulle precedenti di essere più dettagliata in alcuni capitoli, pur mantenendosi sempre entro i limiti di un indirizzo schiettamente pratico. Oltre a ciò vi sono stati aggiunti capitoli nuovi sulla semeiologia delle glandule endocrine e del simpatico.

a. a.

M. Chiray et S. Dagran-Bouderet. *La prothèse fonctionelle des paralysies et des contractures.* — Prezzo L. 8.50. Editori A. Maloine et fils, Parigi, 1919.

La correzione dei disturbi funzionali derivanti da paralisi e da contratture ha costituito, durante la guerra, assillante argomento di studî. Tutto quel che si era prodotto al riguardo è stato esposto in articoli pubblicati in vari periodici. Una trattazione sistematica della protesi funzionale delle paralisi e delle contratture mancava. Il libro ora pubblicato colma esaurientemente questa lacuna.

a. a.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il XIII Congresso dell'A. N. M. C.

Questo Congresso che non si è potuto adunare a Trieste, come si era stabilito, per assoluta deficienza di alloggi, si tiene ad Ancona mentre andiamo in macchina, nei giorni 27-29 settembre.

Ne daremo il resoconto nei prossimi fascicoli.

Congressi medici professionali siciliani.

Ad iniziativa della « Rivista Sanitaria Siciliana » si sono tenuti a Palermo, cumulativamente, i Congressi medici professionali delle diverse categorie della classe: medici condotti, ufficiali sanitari, medici ospedalieri, medici ferroviari, medici della Croce Rossa.

L'inaugurazione ebbe luogo il 16 luglio, presenti il Rettore dell'Università, prof. Spallitta, il prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini, il dott. Grandoni, vice-presidente della A. N. M. C., il prof. Giuffrè, presidente dell'Ordine di Palermo, e molte altre personalità del mondo medico.

All'inaugurazione furono pronunziati elevati discorsi.

Diamo i più importanti ordini del giorno approvati in esito ai lavori:

I MEDICI CONDOTTI.

Miglioramento delle pensioni. — « Il Congresso dei Medici Condotti Siciliani fa voti:

« Che venga emanata una legge che faccia diritto al M. C. anziano di riscattare gradatamente tutte le annualità di servizio arretrate, in modo che possa conseguire pensione dopo 4 anni se ha compiuto i 60 anni, e immediatamente se ha compiuto i 70, e che la Cassa pensioni venga integrata, in quanto a metà, a spesa dello Stato, primo ed unico responsabile, in quanto ad un quarto, dal medico negligente, e per un quarto dal Comune, che avrebbe il vantaggio di rinnovare il personale ».

« Ad alleviare il concorso dello Stato il Congresso fa voti che sia richiesto ancora a tutti i Medici Condotti ad Ufficiali Sanitari un'altra tassa di lire 10 all'anno per cinque anni solamente ».

« Il C., tenuto conto che ai Medici Militari sono computati ai fini della pensione come anni di servizio gli anni di studio dell'Università, delibera che il limite minimo per conseguire il diritto alla pensione sia ridotto da 25 a 20 anni, e che la pensione non sia inferiore a L. 3000;

« Che sia concesso, com'era prima nella Legge, il rimborso dei contributi versati per tanti anni per quanti se ne hanno di servizio a partire dai 10 compiuti in poi ».

Assicurazione contro le malattie. — « Il Congresso, udita la esauriente relazione dell'illustre prof. Silvagni, approva pienamente il progetto Martinelli che, mentre risponde ad alti fini umanitari e sociali, non lederà i diritti acquisiti dei medici condotti, assicurandone l'indennità minima di residenza non inferiore a quella deliberata dall'odierno Congresso e fisserà il pagamento a prestazione in base alla tariffa da concordare con gli Ordini dei medici e mai a *forfait*.

« Delibera altresì di ricorrere ai mezzi estremi di lotta, ove la legge dovesse ledere le condizioni morali, giuridiche ed economiche dei sanitari ».

Revisione della legge sugli infortuni agricoli. — « Il Congresso dei medici condotti siciliani delibera di protestare contro gli obblighi onerosi e i compensi irrisori e lesivi della propria dignità che la legislazione del lavoro agricolo stabilisce contro i medici condotti e gli ufficiali sanitari, e chiede che siano elevate le tariffe ad un minimo di L. 10 per il primo certificato-denunzia e di L. 5 per ogni continuativo, senza limiti di numero, sino al definitivo ».

Revisione della tariffa medico-legale. — « Il Congresso chiede di:

Equiparare il perito giudiziario sia nell'indennità giornaliera come nell'indennità chilometrica, al magistrato col quale si accompagna nella trasferta;

Accordare come al magistrato il viaggio in 1ª classe col rimborso dei due decimi sul prezzo del biglietto;

Dare L. 50 per la sezione oltre le spese per becchini e disinfettanti;

Dare le relazioni per redigere i verbali elevandole da L. 2 a L. 5;

Elevare le perizie semplici da L. 2 a L. 4 e le operazioni peritali da L. 4 a L. 10;

Togliere la disparità di trattamento fra i periti delle città, dove ha sede il Tribunale, ed i periti degli altri paesi ».

GLI UFFICIALI SANITARI.

« Il Congresso degli Ufficiali Sanitari della Sicilia:

Fa voti che si proceda subito ad una riforma della organizzazione sanitaria intesa ai nuovi e più impellenti bisogni della nazione, e per intanto ritiene utile ed indispensabile la istitu-

zione di un'Amministrazione Sanitaria provinciale *autonoma*:

« Fa voti altresì che, in dipendenza di tali deliberati, vi sia in ogni Comune (*sic*) un ufficio di igiene di cui sarà capo l'U. S. ed alla cui dipendenza stiano tutti i servizi di profilassi, di vigilanza annonaria ed igienica, di assistenza sanitaria, e con un personale addetto ed adeguato ai bisogni.

« Che sia reso obbligatorio il parere motivato dall'U. S. per tutti i progetti riguardanti le opere di risanamento ed i progetti riflettenti i risanamenti urbani ed edilizi, le opere di previdenza sociale. Tali pareri saranno debitamente inseriti nelle deliberazioni dell'Amministrazione comunale, a pena di nullità.

« Finalmente, che gli stipendi, tenuto presente l'inibizione dell'esercizio professionale, siano per gli U. S. anche dei più piccoli comuni (fino a 5000 abitanti), non inferiori a L. 8000 annue, con diritto a cinque aumenti quinquennali del decimo dello stipendio e con equa valutazione dei quadrienni maturati. Detto stipendio minimo subirà degli aumenti secondo l'importanza e la popolazione del Comune.

« Che la pensione si debba conseguire per intero dopo 25 anni di servizio e sia costituita dai quattro quinti dello stipendio, con obbligo pel Comune di integrare la pensione liquidata dalla Cassa di previdenza. Per questo integramento i Comuni provvederanno con le stesse norme in vigore per gli impiegati comunali.

« Che la pensione liquidata dall'U. S. passi integralmente alla vedova ed ai figli minorenni.

« Il Congresso infine fa voti che per lo studio delle riorganizzazioni sanitarie sia intesa una rappresentanza degli U. S. del Mezzogiorno e delle Isole maggiori, di conserva con quelli del Settentrione.

« E delibera che siano nel minor tempo possibile costituite le istituzioni delle Sezioni provinciali degli U. S. e delega per tale agitazione un Comitato organizzatore formato dagli U. S. dei capoluoghi delle provincie ».

I MEDICI OSPEDALIERI.

« I sanitari ospedalieri della Sicilia deliberano: di far voti al Governo che l'ospedalizzazione del Regno diventi una *funzione di Stato,* e nella attesa che il grande progetto venga attuato propongono, che venga emanata una legge, la quale:

« 1º Stabilisca per tutte le provincie una tassa di beneficenza proporzionale alle richieste di ogni cittadino e che andrà a beneficio degli ospedali per il ricovero dei poveri;

« 2) Garentisca più efficacemente il rimborso delle rette di degenza da parte dei comuni agli ospedali.

« E ciò perchè in tal modo solamente si potrà ottenere un miglioramento economico ospedaliero, tale da potere rispondere efficacemente alle esigenze della ospedalizzazione odierna e da rendere più dignitoso lo stato economico dei sanitari ospedalieri, riconosciuto oggi da tutti inadeguato all'alta funzione che essi esplicano ».

I MEDICI FERROVIARI.

« I medici ferroviari siciliani accolgono come criterio di massima il memoriale compilato e presentato d'accordo con la Sezione Laziale dei medici ferroviari; deliberano che la richiesta stabilità giuridica sia accompagnata da congruo stipendio e dal diritto alla pensione.

« Ove la carica di medico ferroviario sia coperta da un sanitario che già possiede per altri servizi la personalità giuridica con stipendio e diritto a pensione, il compenso sia corrispondente alla formula che egli gode aumentata del 50 per cento.

« Per tutti i medici si tenga ancora conto delle indennità richieste nel presentato memoriale, il permanente di libera circolazione sia esteso a tutta la rete e corrisposto *ad vitam* dopo 25 anni di servizio, e per un tempo eguale a quello del servizio prestato nel caso di cessazione del servizio prima del 25º anno.

« Per i medici aiuti, medici specialisti, medici delle ferrovie complementari, si chiede che siano le prime due categorie equiparate per tutto il periodo della loro funzione agli ispettori, gli altri invece ai medici di reparto ».

I MEDICI DELLA C. R.

« I sanitari della C. R. I. delle sette Provincie siciliane deliberano di far voti affinchè tutti i colleghi di C. R. del Regno si uniscano in unica Federazione, e che in ogni città d'Italia facciano sorgere dei Comitati di agitazione « *Pro Riforma C. R. I.* » collo scopo d'ottenere la radicale riforma dello Statuto e del Regolamento della C. R. I., e cioè:

« 1º che la C. R. I. durante la guerra porti il suo soccorso ai profughi dei paesi invasi o distrutti e fra le popolazioni civili che della guerra dovrebbero sopportare le calamità e le asprezze pur trovandosi lontani dal combattimento, cedendo le proprie unità alla Sanità Militare e lasciando libero quel personale che per obblighi di leva o per propria volontà dovesse o volesse prestar servizio presso l' esercito operante;

« 2º che durante la pace si dia ad un lavoro concorde e sistematico inteso a prevenire, soc-

correre ed alleviare le miserie che straziano la umanità sotto forma di epidemie e di malattie rinvigorite e diffuse dalla guerra, o di catastrofi che numerosissime e frequenti sconvolgono il mondo;

« 3° che tenendo conto dell'intonazione sanitaria dell'Associazione ed in subordinato all'articolo 1 del presente ordine del giorno, il presidente venga scelto fra insigni sanitari del Regno;

« 4° che il Comitato Centrale ed i Comitati regionali siano composti in prevalenza numerica da medici della C. R. I. ».

***

Solenni onori furono resi dal Congresso all'eroico dott. Paolucci, che tenne una conferenza.

Associazione sanitaria regionale dei circondari di Frosinone e Velletri.

Il 16 giugno p. p., ad iniziativa del Consiglio direttivo dell'Associazione Sanitaria regionale dei Circondari di Frosinone e Velletri, ebbe luogo l'assemblea generale dei Sanitari (Medici, Veterinari, Farmacisti, Levatrici) esercenti nei detti due circondari, allo scopo di riorganizzare l'Associazione stessa rimasta ibernante durante il periodo di guerra, e quindi la Sezione dei Medici condotti che dell'Associazione fa parte.

Numerosi furono gli intervenuti (oltre 50) e importanti le questioni trattate e discusse (abolizione della condotta piena, adesione al Sindacato medico, modificazioni alla Cassa pensione, miglioramento delle vergognose tariffe giudiziarie vigenti, posizione dell'Ufficiale sanitario, legge sugli infortuni agricoli, ecc.).

Fu votato, dopo esauriente discussione, il seguente ordine del giorno:

« L'Associazione sanitaria regionale dei circondari di Frosinone e Velletri, sezione dell'A. M. M. C.; considerato che le condizioni dei medici, dei veterinari e delle levatrici comunali sono diventate insopportabili, propone:

1° l'abolizione della condotta piena per tutte le classi sanitarie ed il miglioramento dei servizi con capitolati rispondenti ai progressi della scienza e con un minimo di stipendio di 6500 lire nette per i medici, di lire 5000 per i veterinari, di lire 2800 per le levatrici, coi mezzi di trasporto, ove occorrano, a carico dei richiedenti o del Comune del decimo;

2° La modificazione dell'Istituto delle pensioni con un aumento dell'assegno annuo in relazione allo svalutamento della moneta, e ad ogni modo fino a un minimo di lire 3000;

3° Il miglioramento delle tariffe giudiziarie, presentemente offensive per la classe Sanitaria, e la modificazione alla legge sugli infortuni agricoli per ciò che si riferisce all'opera dei medici e degli Ufficiali sanitari.

In mancanza propone la lotta di classe secondo le direttive del Sindacato a cui l'Associazione intende fin da oggi di aderire.

Fa inoltre voti:

1° Che l'Ufficiale sanitario sia fornito del titolo di Medico igienista e che venga retribuito con congruo compenso;

2° Che siano ammessi nel Collegio convitto degli orfani i figli di quei sanitari che a causa della loro età o delle condizioni economiche non siano in grado di provvedere all'educazione e all'istruzione di essi ».

Per acclamazione vengono scelti a far parte del Consiglio direttivo della Sezione i dottori: Angelini, presidente; Buglioni, segretario; Corrado, cassiere; Massimi, Galanti, Costantini, consiglieri.

Assegnazione ai medici di materiale sanitario residuato dalla guerra.

Erano state fatte delle pratiche dal vice presidente della Federazione degli Ordini, dott. Enrico Ballerini, perchè venisse concesso ai medici, a mezzo degli Ordini, il materiale sanitario alienato dopo la guerra.

Al riguardo è stata comunicata alla Presidenza della Federazione la seguente lettera inviata alla Commissione superiore centrale:

La presidenza della Federazione degli Ordini dei medici ha cortesemente offerto il suo contributo alla vendita di materiali sanitarî, nel senso di essere disposta a funzionare come Ente consulente di codesta Commissione, per quanto riguarda il criterio di vendita in rapporto alla più appropriata e razionale distribuzione dei materiali.

Si segnala tale offerta a codesta Commissione, perchè nelle questioni più importanti e dubbie voglia ricorrere al competente parere della Federazione suddetta o dei dipendenti Ordini dei mediei delle singole provincie del Regno.

p. Il tenente generale presidente
il colonnello di S. M. addetto
F. FOSCHINI.

La Federazione ha creduto opportuno di rivolgere alla Commissione superiore centrale la domanda che la medesima concessione sia fatta oltre che per il materiale strettamente sanitario anche per cavalli e veicoli a motore.

Si consigliano gli Ordini a prendere accordi con le Commissioni locali di alienazione di materiali di guerra perchè si ottengano vendite ai medici a prezzi di stima e senza pubblica asta come avviene per altre categorie di acquirenti elencati nel relativo decreto.

Sottoscrizione contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie e distribuzione dei sussidî.

Secondo le deliberazioni del Congresso degli Ordini dei Medici, la sottoscrizione resta aperta perchè la somma raccolta è insufficiente e perchè troppi sono i medici che non hanno contribuito a questo atto doveroso di collegialità. Si stabilì di pubblicare il prossimo elenco delle offerte ai primi di luglio; il seguente ai primi di settembre, e che questo, secondo il deliberato del Congresso contenesse la statistica delle somme sinora sottoscritte divise per Ordini e per Provincie.

Gli Ordini sono invitati a promuovere nuove offerte non solo dai medici singolarmente e collettivamente, ma anche da Istituti medici professionali, di coltura e di mutuo soccorso.

Quanto ai sussidî, per deliberazione del Congresso, devono essere assegnati dal Consiglio federale. Gli Ordini devono notificare i casi più meritevoli di aiuto dandone dettagliata informazione alla presidenza federale, promuovendo domanda dagli interessati o anche senza di questa domanda, quando si possa ritenere che un dignitoso riserbo la faccia mancare.

Per la modificazione della legge sugli Ordini dei medici.

È stato presentato al direttore della Sanità pubblica un memoriale che, oltre a contenere tutti gli ordini del giorno votati dal Congresso degli Ordini dei Medici, richiama più specialmente l'attenzione e il concorso del prof. Lutrario sui seguenti punti:

a) osservanza della legge sugli Ordini, riferendo i dati che erano a conoscenza della presidenza su alcune provincie nelle quali non è ancora completa la iscrizione dei medici nell'Albo, su pochissimi Ordini che non possono regolarmente funzionare, su albi di Ordine già pubblicati e che contengono contro la legge l'elenco dei medici esercenti nella provincia *non iscritti in alcun Ordine* (!), sull'Ordine di Perugia disciolto senza che il Commissario prefettizio abbia convocato in quest'anno l'Assemblea ordinaria per il Bilancio e per il contributo annuale;

b) osservanza della legge perchè non siano affidati interinati o comunque assunti in servizio medici che non provino di essere inscritti ad un Ordine;

c) le modificazioni chieste alla legge sugli Ordini e la domanda precisa che frattanto il Ministero dell'Interno, udito, se occorre, il Consiglio superiore di Sanità, risolva le due seguenti questioni:

1º che la rappresentanza dell'Ordine nel Consiglio provinciale di Sanità non sia legata al nome o alla persona del presidente, ma a lui o ad altro consigliere in sua vece, come si fa per il procuratore del Re, per il direttore di Sanità militare, ecc. (cfr. fasc. 28, pag. 891);

2º che sia data una giusta interpretazione degli articoli 3 e 4 della legge sugli Ordini e art. 1 del regolamento in modo che sia nettamente stabilito quando il medico che muta residenza debba inscriversi nell'Albo della provincia nella quale è andato a esercitare;

d) la necessità di sollecitare un decreto che consenta le elezioni dei Consigli degli Ordini, sospese per decreto Luogotenenziale, tenuto conto di quattro Ordini retti da Commissarî prefettizî (Milano, Genova, Porto Maurizio, Perugia), e di Consigli ridotti di numero per dimissioni o per morte dei loro componenti;

e) la necessità di chiarire una lettera mandata dal prefetto all'Ordine di Livorno (pubblicata nel n. 5 del 31 maggio 1919 nel *Bollettino Consorziale degli Ordini della Toscana*) che ha fatto nascere il dubbio che i medici in servizio militare non siano tenuti a pagare la quota annua che è dovuta per legge e che nessun decreto Luogotenenziale ha sospeso.

Il comm. prof. Lutrario, interessandosi vivamente a tutte le questioni esposte dal presidente mentre per quelle che riguardano modifiche dî legge e emanazione di decreti dichiarava che non poteva dare risposta, che spetta al ministro dell'Interno, per ciò che concerne l'osservanza della legge, la domanda che il presidente dell'Ordine possa essere sostituito da altro consigliere nelle sedute del Consiglio provinciale sanitario e la domanda che venga determinato il periodo di tempo dopo il quale il medico deve essere inscritto nell'Albo della provincia ove risiede, promise di studiare e patrocinare tali questioni, per una pronta e sollecita risoluzione.

Per i medici reduci dal fronte.

Un'O. d. G. votato a Firenze dalla Assemblea dei medici reduci dal fronte fu pure presentato al direttore generale della Sanità pubblica insistendo specialmente per ora sulla questione delimiti di età da elevarsi per non comprendere gli anni di campagna di guerra e l'obbligo nei concorsi di esporre lo stato di servizio militare per i medici appartenenti alle classi di leva chiamate alle armi.

Anche per questi voti il prof. Lutrario promise il proprio interessamento.

Pubblicheremo prossimamente:

A. Ranelletti: *L'ulcerazione e perforazione del setto nasale da cromo e cromati.*

ATTI PARLAMENTARI.

Per il trattamento economico e morale dei medici condotti.

Ad un'interrogazione dell'on. Vinaj il sottosegretario di Stato on. Grassi ha risposto nei segenti termini:

« Per quanto per i medici condotti, come per tutti gli altri impiegati degli enti locali, ogni provvedimento diretto a migliorarne la retribuzione non può che emanare dalle Amministrazioni da cui essi dipendono e sulle quali lo Stato non esercita che una funzione di vigilanza, tuttavia il Governo non ha mancato di considerare le particolari esigenze di quegl'impiegati nelle eccezionali difficoltà create dalla guerra. Così, col decreto luogotenenziale 26 luglio 1917, numero 1181, fu fatto obbligo agli enti locali di concedere al personale dipendente, e quindi anche ai medici condotti, una indennità corrispondente a quella concessa dallo Stato ai propri impiegati. Crescendo ancora le esigenze con l'altro decreto luogotenenziale 9 marzo ultimo scorso, numero 338, previa abrogazione del precedente, si è disposto che le Amministrazioni locali assegnino, con decorrenza dal 1° gennaio 1919 e fino a tutto l'esercizio finanziario successivo a quello in cui sarà pubblicata la pace, ai rispettivi impiegati — compresi naturalmente i medici — un'indennità mensile nella misura e con le limitazioni stabilite per gli impiegati governativi dagli articoli 1, 2 e 3 del decreto luogotenenziale 14 settembre 1918, n. 1314, rimanendo fermi i miglioramenti di stipendio già concessi da dette amministrazioni al proprio personale.

« Per quanto riguarda le disposizioni del regolamento 21 novembre 1918, n. 1889, concernenti gli obblighi imposti ai medici nei riguardi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni agricoli, esse non sono sostanzialmente analoghe a quelle del regolamento per gli infortuni industriali. Un solo nuovo onere è stato addossato ai medici per il fatto che, negli infortuni agricoli, il certificato vale anche come denunzia; e perciò è stato imposto al medico anche l'obbligo di consegnarlo all'ufficio postale, mentre negli infortuni degli operai l'obbligo delle denunzie spetta all'industriale. Per questa ragione il compenso per il primo certificato è stato elevato da lire 2 a lire 3 ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7956) *Indennità caro-viveri - Cumulo di stipendio.* — Dott. E. S. da T. B. Il rifiuto dal suo Comune di concederle la indennità caro-viveri è affatto ingiustificato perchè se il cumulo di stipendio dovea essere fatto sotto l'imperio del D. L. del 26 luglio 1917 che subordinava la concessione dello aumento a determinata somma di stipendio, di tal cumulo non può più parlarsi sotto l'imperio del D. L. del 9 marzo ultimo, che non subordina la concessione a qualsiasi somma massima di stipendio.

(7958) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da S. M. I medici interini assunti provvisoriamente a coprire posti di condotta previsti nella pianta organica debitamente approvata e privi di titolare non perchè sotto le armi od altrimenti assente ma perchè defunto o dimissionario, hanno diritto alla indennità caro-viveri dal 1° gennaio 1919 a mente del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. All'ufficiale sanitario non compete indennità caro-viveri.

(7959) *Pensioni.* — Dott. G. B. Z. da B. Gli anni di servizio prestati non con nomina regolare ma come interino, non possono essere riscattati, neanche col pagamento dei contributi arretrati e relativi interessi. Essi valgono solamente per abbreviare il tempo necessario per acquistare il diritto a pensione ma non sono calcolati nella liquidazione materiale di essa.

(7961) *Medico ferroviario - Concorsi.* — Dott. G. M. 3276. L'incarico che attualmente ha avuto il collega sarà certamente provvisorio, in vista della necessità ed urgenza che si aveva di far funzionare il servizio medico di reparto. A suo tempo sarà bandito il concorso, cui verrà, come di ordinario, data la necessaria maggiore pubblicità.

Doctor JUSTITIA.

(0000) All'abb. 9462:

I medici che nel novembre 1915 erano studenti inscritti al 6° anno hanno diritto a partecipare al corso d'integrazione.

t. p.

CONDOTTE E CONCORSI.

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale Garibaldi.* — Di recente costruzione, con impianti modernissimi (tre sale operative, riscaldamento centrale a termosifone, luce elettrica), capace di 60 letti con estesa clientela delle due provincie di Reggio e Catanzaro. Cerca Chirurgo Primario di sicura preparazione. Stipendio L. 500 mensili, oltre il 50 % sulle operazioni e l'80 % sulle consultazioni a pagamento. Assumerebbesi subito.

Medico-chirurgo cerca conveniente interinato di *lunga durata,* eventualmente disposto rimanere stabilmente.

Proposte: Bagantoni - S. Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Rocco Santoliquido è stato nominato consulente tecnico dei servizi internazionali di sanità pubblica presso la Lega delle Società della Croce Rossa di Ginevra.

Il prof. Santoliquido fu presidente della Commissione sanitaria interalleata di Parigi ed era ancora recentemente presidente dell'Ufficio internazionale di igiene, carica dalla quale si è ora dimesso per accettare quella suddetta presso la Lega delle Società della Croce Rossa.

Cordiali rallegramenti.

Il prof. Mario Varanini, direttore dell'Ospedale Maggiore di Bergamo, è stato recentemente nominato direttore dell'Ospedale Civile di Trieste in seguito a concorso.

Tra sedici concorrenti vennero scelti il professor Varanini ed il direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, dott. Ronzani, il quale rinunciò per restarsene alla sua precedente residenza.

All'insigne prof. Varanini, che ci vantiamo di contare fra i nostri collaboratori, facciamo i nostri rallegramenti.

Prendendo atto dell'atteggiamento del Consiglio ospitaliero di Milano di fronte al veto della Commissione provinciale, confidando nell'efficacia del Governo, rivendicante il buon diritto del Consiglio ospitaliero stesso e del direttore, il professore Ronzani, che aveva accolto la direzione sanitaria dell'Ospedale Civile di Trieste, ha poi annunziato di aver rassegnato le dimissioni da questa carica. Egli resta dunque a coprire il posto di direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Il Corpo Amministrativo Centrale degli Ospedali di Bologna ha nominato Direttore dell'Ospedale Maggiore e dell'Ospedale Cronici il dott. prof. Raffaele Gurrieri; ed ha nominato Direttore dell'Ospedale di Sant'Orsola e Direttore per le ammissioni dei malati il dott. Agnello Arturo Filox.

NELLE UNIVERSITÀ.

Alla cattedra di clinica ostetrica e ginecologica presso la R. Università di Pavia è stato chiamato il prof. Enrico Alfieri, attualmente a Cagliari, in sostituzione del prof. Innocenzo Clivio, nominato a Genova.

Sono notificati i seguenti trasferimenti: il prof. Roberto Magnanini, ordinario di medicina legale, da Modena a Pavia; il prof. Giuseppe Levi, ordinario di anatomia umana normale, da Palermo a Torino.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori:

Amenta Antonino, in patologia chirurgica a Palermo;

Berti Antonio, in clinica medica a Padova;

Cinquemani Fortunato, in medicina operatoria a Palermo;

Gervino Attilio, in patologia medica a Pisa;

Giglio Antonino, in patologia medica a Palermo;

Pidone Mariano, in clinica dermosifilopatica a Catania;

Pistolese Filippo, in patologia chirurgica a Napoli;

Zanetti Giovanni, in clinica pediatrica a Parma.

NOTIZIE DIVERSE.

Provvidenze sanitarie sociali della C. R. I.

In una lucida e circostanziata relazione il ten. colonn. prof. Cesare Baduel, Capo dell'Ufficio di Provvidenze sanitarie sociali presso il Comitato centrale della C. R. I., espone l'opera già compiuta dalla benefica istituzione nel campo dell'assistenza sanitaria sociale e formula il programma per un prossimo avvenire, armonizzandolo con le deliberazioni prese dal Consiglio direttivo nell'adunanza del 10 dicembre 1917.

La base economica sarà costituita da vari cespiti e sopratutto dalla sottoscrizione nazionale, che è presumibile non debba intiepidirsi.

La relazione fa un ampio posto alla lotta antitubercolare (assistenza ai militari tubercolotici, fondazione di sanatori, ospedali e dispensari per tubercolotici, di ospizi marini, colonie profilattiche, asili-scuole, scuole all'aperto); tratta poi della lotta antimalarica, dell'assistenza all'infanzia, della istituzione di ambulatori, di posti di soccorso e dispensari, infine dell'organizzazione dei soccorsi per fronteggiare le pubbliche calamità; accenna anche alla preparazione dei servizi di guerra (preferibilmente con funzioni specializzate).

È un'azione vasta, che verrà svolta precipuamente a vantaggio dell'avvenire fisico e morale del paese.

Da ultimo il relatore tratta degli organici e della posizione giuridica del personale direttivo di assistenza che rimarrà in servizio permanente della C R. per le opere di pace; reclama per esso una posizione economica vantaggiosa e stabile, perchè il personale stesso possa dedicare all'associazione la parte migliore della propria attività.

Per il Congresso di medicina interna.

Confermiamo che l'annunziato Congresso di medicina interna avrà luogo a Trieste dal 6 al 9 ottobre.

La quota per gli aderenti è fissata in L. 20. Essi riceveranno una tessera che avrà valore di passaporto ed avranno diritto ad una copia degli Atti.

Confidiamo che data l'importanza scientifica del convegno e il suo significato patriottico, i medici italiani vi accorreranno numerosi.

Omaggio di giustizia al prof. Castellino.

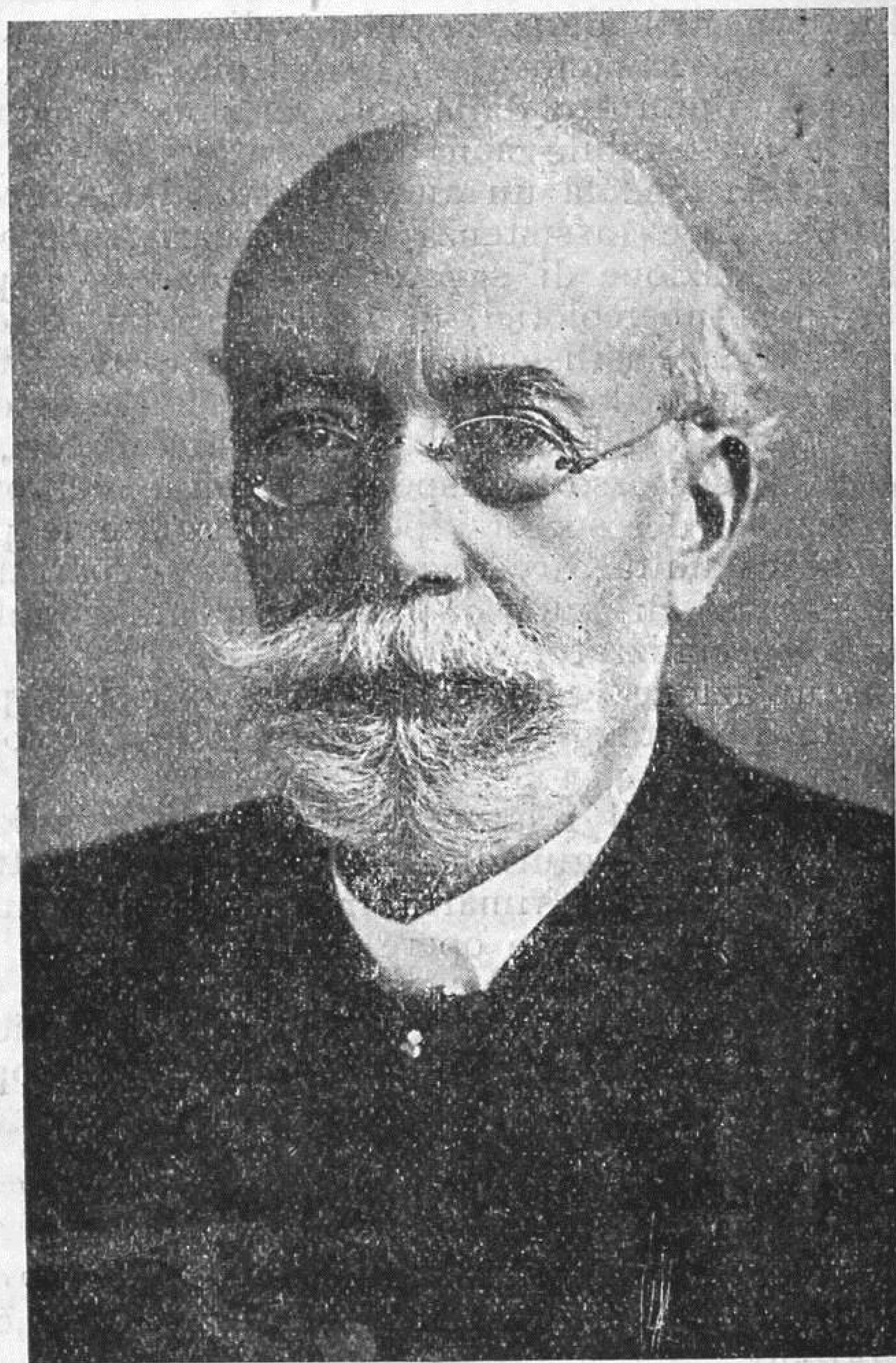
Nell'ottobre scorso il Preside della Facoltà Medico-Chirurgica della R. Università di Napoli, prof. Fabrizio Padula, trasmise al Procuratore del Re denunzia di diverse irregolarità che si sarebbero verificate nella I Patologia e nella II e III Clinica Medica, dirette dal prof. on. Pietro Castellino.

Tali accuse erano state portate al Preside dal capo custode Ferrari Andrea, ex maresciallo dei RR. Carabinieri, espulso della Clinica per insubordinazione disciplinare.

Il giudice istruttore, cav. Antonio Cariota-Ferrara, ha escluso in fatto tutti gli addebiti, eccetto due, ammesi dallo stesso prof. Castellino con esposti difensivi ratificati nei sucessivi interrogatorii spontanei. Così conclude la senten-

za: « Pietro Castellino emerge dalle inchieste uomo di onestà superiore ai sospetti e ricco degli impulsi del disinteresse più generosamente magnanimo; ond'è che nell'amministrazione pubblica non può che recare il tesoro di codeste doti, le quali necessariamente conferiscono al progresso etico ed all'educazione politica dei popoli ».

PROF. AUGUSTO TAMBURINI.



Si è spento a Riccione il 28 luglio 1919 a 71 anni Augusto Tamburini, professore di psichiatria nella R. Università di Roma.

Nato in Ancona nel 1848, si laureò a Bologna, e rimase qualche tempo nell'Ospedale civile di quella città; passò poi nel Frenocomio di S. Lazzaro in Reggio Emilia, diretto dall'illustre C. Livi. Nel novembre 1876 il Tamburini prese la direzione del manicomio di Voghera e l'insegnamento della Clinica psichiatrica nell'Università di Pavia. Nell'anno seguente succedette al suo maestro, il Livi, spentosi nel giugno 1877, nella direzione del Frenocomio di Reggio Emilia, ed assunse contemporaneamente l'insegnamento delle malattie mentali nella Università di Modena, dove è rimasto fino al 1905, quando è stato chiamato dalla Facoltà medica della Università di Roma a ricoprire la cattedra per l'insegnamento delle malattie mentali.

Nella lunga e brillante carriera la operosità scientifica del *Tamburini* è stata sempre attiva nel campo della neurologia e della psichiatria: tra i suoi lavori vanno sopratutto ricordate le ricerche compiute insieme al *Luciani* nel 1878 sui centri corticali, la teoria sulla genesi delle allucinazioni; quelli sulla afasia, sulle idee fisse, sulla acromegalia, ecc.

Sotto la sua direzione e colla sua energia coordinatrice la « *Rivista sperimentale di Freniatria* » fondata dal Livi nel 1875, divenne uno degli organi più importanti per la manifestazione della attività scientifica degli studiosi delle discipline neuro-psichiatriche in Italia.

La assistenza dei malati di mente ha trovato sempre nel Tamburini uno studioso coscienzioso come dimostrano i suoi lavori su i vari argomenti che la riguardano.

La sua ultima opera pubblicata recentemente in collaborazione coi proff. Ferrari ed Antonini su tale problema colma una lacuna nella nostra letteratura psichiatrica; essa costituisce lo studio più completo anche in confronto con altre opere consimili esistenti nelle letterature straniere.

Membro del Consiglio superiore di Sanità, presidente della Società Freniatrica italiana rieletto costantemente dal 1895, socio dei principali istituti scientifici nazionali e stranieri, consulente della Direzione generale di Sanità militare per il servizio psichiatrico durante la nostra grande guerra, il Tamburini ha portato sempre nella esplicazione dei suoi doveri un alto senso di serena giustizia ed una cortesia squisita.

Il ricordo del maestro insigne e del cittadino illustre rimarrà sempre vivo nel cuore dei suoi allievi.

Prof. A. GIANNELLI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, *resp*.

Anno XXVI — Roma, 31 agosto 1919 — Fasc. 35
(Pubblicato il 5 ottobre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Universita di Bologna
Diretto dal prof. comm. G. RUGGI.

Ematoma traumatico in ciste del pancreas.

Lezione del prof. RUGGI
raccolta dal dott. G. B. STRETTI,
Assistente e Docente.

Egregi Giovani,

La bambina dell'età di nove anni, della quale avete testè appresa la storia clinica e i risultati dell'esame obbiettivo, non richiamò al suo ingresso in Clinica, il 27 dicembre scorso, quel massimo interesse che venne in noi crescendo mano mano che ci addentravamo nello studio del caso.

La bambina, riepilogando le cose ed i fatti narrati, aveva ricevuto pochi giorni innanzi nell'ora della ricreazione scolastica, una percossa nella regione gastro-colica sinistra, urtando contro un angolo di una tavola durante una corsa fatta con due compagne, che la tenevano per mano. Tale il fatto efficiente. In seguito al quale, la fanciulla risentì nella regione colpita forte dolore, che non le impedì tuttavia di poter tornarsene a piedi a casa, dove, appena giunta, ebbe ripetutamente vomito di sostanze alimentari, senza ematemesi immediata, nè successivo melena. Anzi le defecazioni furono sempre normali.

Il dolore nella regione colpita fu avvertito per quasi tutto il giorno seguente, ma in grado più mite; quindi, dopo due giorni di relativo benessere, si ripresentò sotto forma di crisi, accompagnato di nuovo da vomito alimentare.

Al suo ingresso in Clinica, la fanciulla presentava una manifesta tumefazione della regione gastro-colica sinistra, dolente spontaneamente e alla palpazione, e che si avvertiva col tatto più calda del normale, mentre eravi un contemporaneo aumento della temperatura generale: 37,7-38. Esisteva ad evidenza un risentimento del peritoneo ed un assorbimento di materiale stravasato, asettico, — sangue — come si osserva spesso quale conseguenza di un patito traumatismo.

Nei primi giorni di degenza il dolore era quasi continuo e durava anche la notte, sì da disturbare il sonno, ma non fu mai tale da dover ricorrere a calmanti.

La bambina trovava sollievo nel decubito laterale sinistro, gravando col peso del corpo sul

lato malato, e tale posizione divenne poi in lei abituale, anche nei periodi di quiescenza del dolore, perchè accusava sempre un senso di tensione molesta alla parte alta e sinistra dell'addome.

Col passare dei giorni, la bambina le cui condizioni generali erano un po' scadute, migliorò: però, pur rimanendo costantemente a letto e senza cause determinanti apprezzabili, ebbe per due volte accessi forti di dolore all'ipocondrio sinistro, accompagnati da vomito e seguiti per due o tre giorni da modico innalzamento della temperatura. La tumefazione alla parte alta e sinistra dell'addome si rese più sensibile, mentre l'ipocondrio corrispondente andò sollevandosi.

Voi vedete ora manifesta questa tumefazione che interessa l'addome e che svasa e solleva la base della metà sinistra del torace rendendola immobile durante gli atti respiratori, e che culmina a livello dell'arco costale sinistro nel suo punto d'incrocio con la linea emiclaveare.

Essa è dovuta ad un tumore di superficie liscia, di forma rotondeggiante, allungato un po' in senso trasversale, di consistenza molle-elastica, che non presenta il fenomeno del ballottamento lombo-addominale, che non gode di nessuna mobilità respiratoria nè manuale, nè in rapporto ai cambiamenti di giacitura dell'inferma e che occupa tutta la metà sinistra della zona addominale, posta al disotto del diaframma, arrivando in basso lungo la emiclaveare prolungata fino quasi alla linea ombellicale.

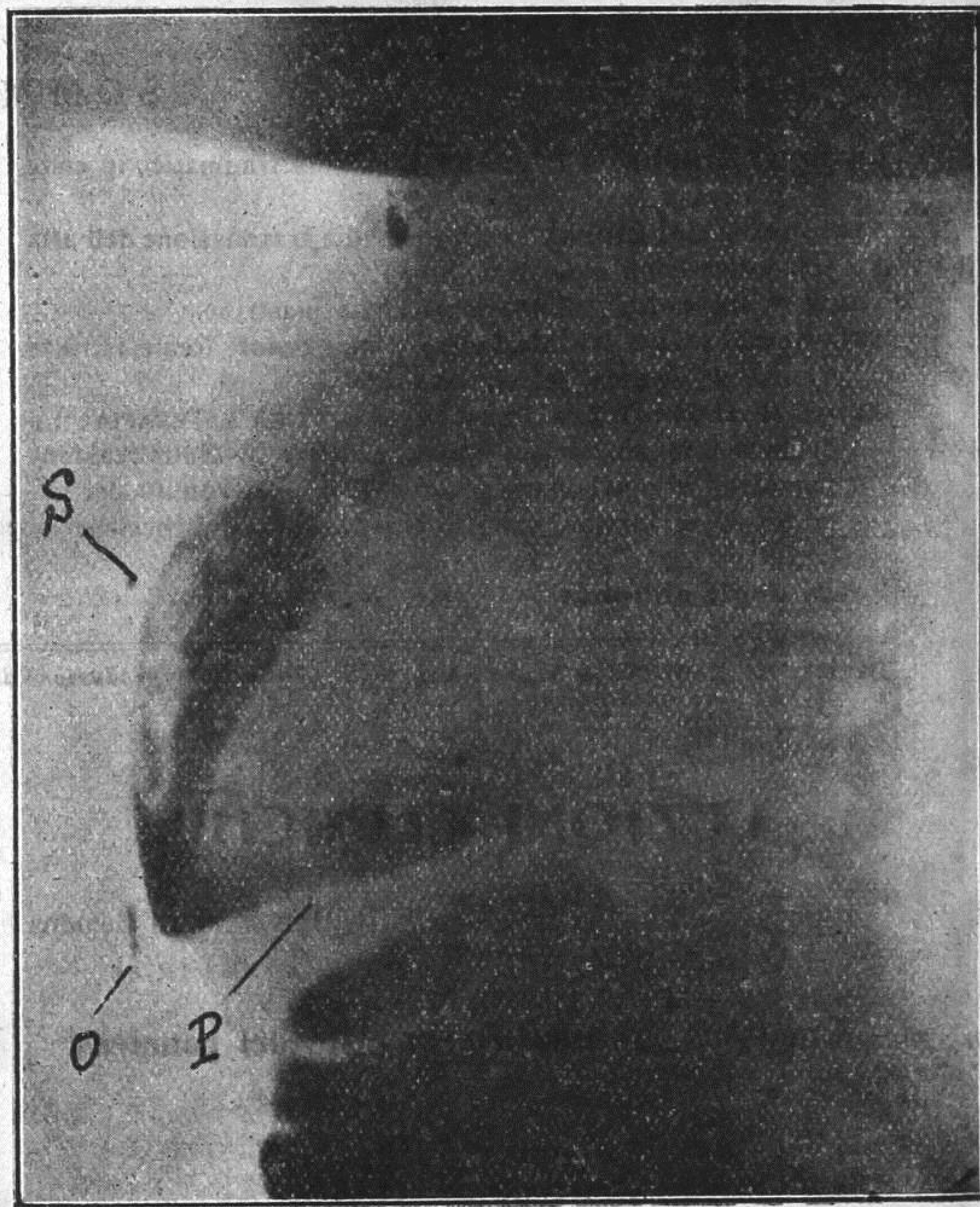
Per di più voi vedete che questo tumore ha sospinto la metà sinistra del diaframma stesso in un piano tanto elevato, quanto è quello normale del lato destro. Ciò è reso manifesto dallo studio radiologico che ci ha confermato ancora quello che l'esame diretto della regione aveva messo in evidenza e cioè che lo stomaco è posto al davanti del tumore stesso.

Infatti, facendo ingerire del latte bismutato ed osservando la malata in posizione laterale, si è visto che la corrente del liquido, varcato il cardias, procede dalla colonna vertebrale verso lo ombellico, percorrendo un tragitto ad arco che segue perfettamente la curva della volta diaframmatica.

In questa posizione laterale lo stomaco si disegna come una striscia linguiforme che dal cardias arriva all'ombelico; mentre in posizione dorso-ventrale dà un'ombra larga rotondeggiante che occupa quasi interamente i due quadranti addominali superiori.

La radiografia, presa nella posizione laterale (vedi figura), ci fa vedere ancora come il piloro sia stirato fortemente in avanti e con esso la prima porzione del duodeno, che si presenta riempito totalmente dal bismuto.

Il caso clinico che vi presento adunque è di una importanza grandissima, perchè noi ci troviamo di fronte ad un processo patologico assai vasto, posto in parti profonde e che sarebbe insorto quasi istantaneamente in seguito ad un fatto traumatico che, per gli scarsi e non gravi fenomeni immediati, non possiamo ritenere di una energia eccezionale.



S = stomaco — O = ombellico — P = piloro.

Per questa ragione il trauma deve avere agito in modo ed in condizioni del tutto particolari, per determinare uno stato di cose che si sarebbero manifestate con fenomeni generali e locali relativamente miti da prima, mentre poi l'esame obbiettivo ci ha fatto conoscere condizioni patologiche tanto gravi.

A spiegare il vomito avuto fino dai primi momenti si può, anzi si deve ricorrere al nervo pneumogastrico, che scende dal cervello al torace, e successivamente all'addome per distribuirsi allo stomaco; il destro sulla faccia anteriore ed il sinistro sulla posteriore. Si vomita per condizioni irritative che partono dallo sto-

maco, che agiscono sui centri, come per irritazione di questi.

Nel nostro caso, la percossa deve avere agito da prima quale forza irritativa, quindi per successiva irritazione peritoneale. Stabilito un relativo equilibrio meccanico nervoso, il vomito scomparve. Così avvenne della sensibilità locale e della temperatura che ritornarono normali o pressochè tali, mentre si andavano sempre più accentuando i fatti locali caratterizzati dal tumore, il quale, come si vede, ha finito per sollevare la base della cassa toracica per guisa che l'ipocondrio sinistro è assai più sollevato del destro e spostato verso l'avanti ed il lato esterno.

Per tutti i dati raccolti e più ancora per quel senso tutto caratteristico di fluttuazione marcatissima che si avverte alla palpazione è certo che noi ci troviamo di fronte ad una vasta raccolta di liquido sottile, che si direbbe scorrevole, come potrebbe essere quello di una cisti a contenuto siero-albuminoso.

Ma come possiamo noi connettere un fatto di tal genere col traumatismo patito dall'inferma, e dove dobbiamo noi collocare questa raccolta che, per la causa nota e per la sua rapida manifestazione, potremmo caratterizzare in parte per un vasto ematoma?

L'esame obbiettivo e la radiografia ci fanno concludere che la raccolta non è al davanti dello stomaco, bensì al di dietro di esso e del sottostante colon trasverso.

Dato questo, noi dovremo passare in rivista le diverse possibilità anatomiche che da un traumatismo derivano, interessando recessi, cavità ed organi della regione.

Il trauma avrebbe potuto determinare un versamento di sangue nella piccola cavità degli omenti; ma per ammettere l'incapsulamento di un ematoma del volume pari a quello del caso nostro, bisognerebbe supporre la chiusura del foro di Winslow. E poi è sempre difficile il capire come questa raccolta, invece di scemare col tempo, sia andata crescendo successivamente in modo sempre maggiore, in ispecie in questi ultimi tempi, spostando tutte le parti ad essa sovrastanti.

Per riguardo all'omento gastro-splenico, dove esistono tanti vasi e così voluminosi, non si può pensare alla rottura di questi ed alla formazione di un ematoma, che non abrebbe trovato nel cellulare lasso dell'omento stesso il modo da raccogliersi in una massa, che ha pareti ben determinate e regolarmente disposte, come è appunto nel caso nostro.

Non si può pensare ad un ematoma per rottura della milza con peritonite circoscritta, perchè questo non potrebbe trovarsi al didietro dello stomaco, ma al suo lato sinistro e verso il fianco corrispondente.

Ma il tumore che la nostra malata presenta ha tutte le caratteristiche di un tumore retroperitoneale a contenuto liquido.

È esso alla dipendenza del rene, delle capsule surrenali, del pancreas?

Se il rene fosse in causa e sede di una idronefrosi, la tumefazione dovrebbe estrinsecarsi sul fianco sinistro e non al didietro dello stomaco, a meno che non si trattasse di una anomalia, come ad esempio di un rene a ferro di cavallo, nel quale caso la sua situazione sarebbe più bassa del normale. Resterebbe poi difficile spiegare la formazione di questa idronefrosi in conseguenza del traumatismo patito dalla fanciulla, dato che le urine sono state sempre normali e che tali si mantengono anche oggi. E per questo dobbiamo escludere ancora che si possa trattare di un rene policistico. Si aggiunga che la radiografia sì dell'una che dell'altra regione renale non ci ha indicata la presenza di calcoli ureterali o della pelvi renale.

Io vi dicevo che l'idronefrosi dà un tumore che scende sul fianco; aggiungerò a tale proposito che l'idronefrosi del lato sinistro allorchè si fa voluminoso, ha una caratteristica tutta speciale, la presenza cioè del colon discendente e del sigma al davanti del tumore.

Ma potrebbe trattarsi invece di un tumore pararenale, ad esempio di una di quelle cisti sierose del rene che possono raggiungere talvolta un volume assai grande, rimanendo il rene integro nella sua funzione. Se non che queste cisti si sviluppano per lo più in uno dei poli dello organo, e se nell'inferiore, si avvertono con la palpazione bimanuale, se nel superiore, spingono in basso l'organo stesso, rendendolo manifestamente ectopico. Nella nostra bambina la palpazione lombo-addominale è assolutamente negativa, poichè non riuscimmo in nessun modo a palpare il rene.

Di più, mancando il reperto del rene spostato sia in basso che lateralmente o verso l'interno, manca ancora un segno importantissimo per ammettere la possibilità di una formazione cistica di qualunque genere sviluppatasi alle dipendenze della capsula surrenale, senza tener conto che anche la sede di questa ciste è più laterale che non nel caso nostro.

Al didietro dello stomaco e dietro il peritoneo vi è il pancreas. Sono stati descritti ematomi di questo viscere consecutivi a traumatismo, ma il volume di essi è sempre piccolo se circoscritti e, se diffusi non realizzano il concetto che dovrebbe aversi per l'interpretazione del caso nostro.

Io penso che, a spiegazione del fatto osservato, bisogna ammettere nella nostra ammalata la preesistenza di una ciste, molto probabilmente del pancreas; ciste che sarebbe stata messa in evidenza dal traumatismo, e per l'influenza del quale si è prodotta una emorragia nell'interno di essa. Non so se altri abbia prima di me formulata in vita una simile diagnosi. Sta di fatto che casi consimili sono stati descritti, osservati poi alla necroscopia.

Escludo che si possa trattare di una ciste da echinococco, per il fatto che la sua parete sotto l'azione di un trauma può rompersi; di più la ciste da echinococco non può mai dare fenomeni uguali a quelli osservati nella nostra bambina. Inoltre l'esame del sangue esclude la presenza del parassita.

Stabilita adunque la diagnosi di emorragia traumatica in ciste del pancreas, non vi è che l'intervento operatorio che possa guarire l'inferma — e noi l'eseguiremo facendo il taglio trasversale sulla regione, come è mia abitudine in questi speciali casi. Fino dal 1889 ideai questo taglio, operando un carcinoma della coda del pancreas che è il primo caso conosciuto e guarito.

Di questa speciale incisione mi sono servito ancora per la cura di lesioni gravi della milza, come esposi al Congresso della Società Italiana di Chirurgia nel 1894.

I concetti che mi guidano a tale pratica sono i seguenti:

1º Possibilità di raggiungere più facilmente lo scopo, aprendo e dominando il tessuto cellulare retro-peritoneale, talvolta senza ledere il cavo peritoneale.

2º Possibilità di eseguire con tecnica razionale lo svuotamento del liquido, e di stabilire un sicuro drenaggio oltremodo efficace, perchè in posizione assolutamente declive.

3º Sicurezza di una cicatrice della parete resistente che togile il pericolo di possibili ernie ventrali.

***

L'operazione viene eseguita il 24 febbraio in narcosi eterea, nel modo anzidetto, con un taglio trasversale al di sopra dell'ombellico e che partendo a 2 cm. e 1/2 dalla linea mediana, a metà altezza della xifo-ombellicale si estende all'esterno e posteriormente per una lunghezza di 15 centimetri.

Incisi tutti gli strati della parete addominale fino al peritoneo, si riconosce subito la presenza di una grossa intumescenza cistica a sede retroperitoneale, che si spinge in alto sotto il diaframma e alla quale il peritoneo parietale posteriore aderisce fortemente. Nei tentativi di scollamento della sierosa fatti un po' per via smussa un po' col bisturi nella parte più esterna e posteriore della ciste, il peritoneo si lacera, mentre contemporaneamente si rompono alcuni vasi sanguigni che in fitta rete e di calibro piuttosto grosso, decorrono sulla parete stessa della ciste. Anche questa, durante le manovre di distacco del peritoneo, si rompe e ne fuoriesce un liquido rossastro misto a grossi e numerosissimi coaguli sanguigni di colorito rosso-bruno. In tal modo e dopo averne allargata l'apertura, si svuota la sacca da tutto il contenuto che si può calcolare nella quantità di un litro circa.

Svuotata la ciste, si constata che essa ha intime aderenze con la coda ed anche col corpo del pancreas, il quale, per quel tratto che si presenta all'esame, appare macroscopicamente normale. Le aderenze che la parete ha contratto da una parte col diaframma, dall'altra con lo stomaco ed il colon, sono così fitte e tenaci da renderne impossibile l'isolamento, che viene inoltre ostacolato dalla presenza di quella ricca rete di vasi sopramenzionata.

Si asporta allora una parte della parete e si marsupializza la ciste, suturando i margini della sua apertura con l'aponeurosi dei muscoli a livello dell'estremo posteriore dell'incisione trasversale cutanea. La lacerazione del peritoneo, che nel frattempo era stata chiusa con una pinza di Kocker, viene suturata con punti staccati in catgut. Nello spazio retroperitoneale si pone un drenaggio di garza fasciato con guttaperca laminata, quindi, zaffato il cavo cistico con lunghe e sottili striscie di garza, si riuniscono le pareti mediante un triplice piano di sutura.

Decorso post-operatorio normale e apiretico. Il drenaggio retroperitoneale vien tolto in terza giornata. La secrezione dalla parete cistica, abbondante nei primi giorni, va gradatamente diminuendo e gli zaffi sono ritirati a poco a poco nelle medicature successive; durante questa manovra per due volte si ha una lieve emorragia. Quindi il tragitto va rapidamente restringendosi e il 12 maggio è completamente chiuso.

La bambina non ha mai accusato alcun disturbo e le sue condizioni generali al momento della sua dimissione dalla clinica — 20 maggio — sono oltremodo soddisfacenti.

Esame anatomo-patologico. — Durante l'atto operatorio si è potuto constatare che la ciste è formata da una unica cavità senza tramezzi e lacinie nel suo interno. La superficie interna si presenta liscia, splendente, di colorito roseo; solo in alcuni punti, e per quanto è permesso di osservare attraverso l'apertura fatta, si nota qualche piccola zona rilevata d'aspetto granuloso, di colorito roseo-bruno, facilmente sangui-

nante dopo uno sfregamento fatto con garza. Evidentemente queste zone sporgenti sulla superficie interna della ciste sono le sorgenti dell'emorragia intracistica.

Una parte del liquido raccolto, lasciato sedimentare, si divide in due strati; uno superiore, fluido, di colorito rossastro torbido; l'altro inferiore, costituito da grossi coaguli sanguigni rosso-bruni, di consistenza molle, semi-gelatinosa. Il liquido ha reazione alcalina e non ha proprietà digestive nè per l'albumina nè per l'amido. Esaminato microscopicamente dopo centrifugazione, si notano globuli rossi ancora bene conservati, globuli bianchi, frammenti di sostanza amorfa.

Il pezzo di parete cistica asportato misura uno spessore variabile dai tre ai cinque mm. La faccia interna ha un aspetto regolare, liscio, lucente e presenta disseminate delle macchie brune più o meno estese che hanno l'apparenza di emorragie, avvenute nello strato più interno. Colorazione delle sezioni con emallume, eosina, v. Gieson.

A piccolo ingrandimento la parete si presenta costituita nella sua totalità da un tessuto connettivo fibroso che negli strati più interni è notevolmente inspessito, con fasci piuttosto grossi addossati gli uni agli altri, mentre negli strati più esterni i fasci sono più rari, più divaricati, di modo che in certi punti il connettivo ha aspetto piuttosto lasso con povertà di fasci, irregolarmente disposti.

Ad un ingrandimento maggiore si nota che la superficie interna, cioè quella che limita la cavità cistica, è costituita da un sottile strato di connettivo fibroso con fasci disposti in senso longitudinale, molto accollati fra di loro, e che presentano dei nuclei sottili, molto allungati nel senso del decorso delle fibre In qualche punto questi nuclei si presentano in fase degenerativa, cioè sono qua e là deformati e spezzettati, così che si vede la sostanza cromatica irregolarmente disseminata.

Non si riesce a vedere in nessun punto tracce di rivestimento epiteliale o endoteliale.

Subito al disotto di questo primo strato longitudinale, si osserva un largo strato di connettivo. compatto che comprende circa la metà di tutto lo spessore della parete. Esso è costituito da fasci disposti in senso contrario a quello del primo strato, interrotti da gruppi di fasci piuttosto stretti che decorrono in direzione diversa, senz'ordine. I grossi fasci trasversali non sono molto fitti e stipati e in certi punti sono più o meno divaricati, lasciando fra di loro degli spazi chiari, alcuni vuoti, altri contenenti una sostanza amorfa lievemente colorata in rosso dalla eosina (liquido d'edema?).

Questo carattere è manifestato specialmente nella parte che sta subito al disotto dello strato longitudinale più interno, dove si notano frequenti e più o meno estesi stravasi sanguigni.

I nuclei del connettivo sono leggermente fusati, abbastanza grandi, poveri di sostanza cromatica; a questi si aggiungono elementi d'infiltrazione, come linfotici in numero relativamente scarso, e qualche rara cellula con i caratteri della plasmacellula. Si osservano inoltre qua e là gruppi di cellule piuttosto grandi, ripieni di granuli di pigmento bruno, bruno-giallastro, che nascondono più o meno i nuclei cellulari. Granuli di pigmento sono anche sparsi all'intorno.

Questa zona è relativamente povera di vasi, rappresentati da capillari: piccolissime vene ed arterie.

A questo secondo strato ne fa seguito un terzo ed ultimo, in cui i fasci connettivali hanno prevalentemente un decorso longitudinale e vanno mano mano diradando verso la parte più esterna, dove il connettivo non ha più un aspetto fibroso organizzato, ma la sostanza fondamentale è costituita da fibrille irregolarmente disposte e i nuclei allontanati gli uni dagli altri. In qualche punto si ha un aspetto quasi mixoide.

Nella parte più interna di quest'ultimo strato si osservano numerose vene ed arterie di un certo calibro.

***

L'intervento operativo e la biopsia hanno dimostrato come la diagnosi sia stata in ogni sua parte esatta.

Si trattava infatti di una tumefazione cistica retroperitoneale in connessione diretta con la porzione caudale e col corpo del pancreas, sviluppatasi prevalentemente in alto sotto il diaframma e che aveva contratto cogli organi circostanti aderenze tenaci e specialmente con lo stomaco e il colon che aveva ricacciati in avanti. Il contenuto sanguigno della ciste costituito da grossi coaguli natanti in un liquido rossastro attesta l'emorragia o le emorragie notevoli avvenute in seno alla ciste stessa, in conseguenza del traumatismo patito.

Che la ciste sia stata preesistente al trauma lo conferma l'esame istologico, in quanto esso dimostra l'esistenza di una vera parete formata di tre strati di connettivo; uno più interno fascicolato con fasci a decorso longitudinale, compatti, in preda a fatti leggeri di necrobiosi verso l'interno della ciste; uno strato medio più spesso con fasci connettivali più grossi a direzione trasversale tra i quali, verso il limite interno, esi-

stono numerosi stravasi sanguigni: uno strato esterno relativamente povero di fasci connettivali, ricco di vasi sanguigni e manifestamente edematoso.

Non si tratta adunque in questo caso di una raccolta traumatica per versamento di sangue e di succo ghiandolare dietro il foglietto peritoneale posteriore, oppure nella retro-cavità degli omenti e con successiva formazione di una parete cistica.

Innanzi tutto perchè in casi di questo genere, in cui il versamento è abbondante, si è notato che il traumatismo è quasi sempre considerevole e insieme con le lesioni del pancreas coesistono lesioni dello stomaco, dell'intestino, della milza, del fegato, delle coste, ecc.; e che spesso, se non sempre, anche nei casi di lesioni traumatiche sottocutanee del pancreas, senza compartecipazione di altri organi, non si tratta di semplice contusione del parenchima ghiandolare con rottura limitata di vasi sanguigni, bensì di vere rotture dell'organo con concomitanti lesioni della sierosa, che permettono la penetrazione del sangue e del succo pancreatico nella piccola cavità degli omenti e di qui nella grande cavità peritoneale, attraverso il foro di Winslow, o rotture del legamento gastro-colico.

In secondo luogo perchè è difficile stabilire, come è già stato rilevato più sopra, una relazione di causa ad effetto, fra un traumatismo così leggero, quale è quello subìto dalla bambina che non ha avuto lipotimia, nè altri fenomeni gravi e che per di più ha potuto fare a piedi un tratto di strada di circa due chilometri, per recarsi dalla scuola a casa propria, è la comparsa si può dire immediata, di una tumefazione così voluminosa e circoscritta fin dall'inizio.

Generalmente le pseudocisti traumatiche si rendono evidenti dopo uno o sei mesi dal trauma, in alcuni casi anche assai più tardivamente, dopo 3-5 anni.

Nè il tempo trascorso dall'epoca della percossa a quello dell'intervento chirurgico è tale da permettere l'organizzazione di una parete che ha aspetto istologico così ben definito e nel cui spessore sonvi soltanto fatti di leggera infiammazione cronica con imbizione sierosa esterna.

Per tutte queste ragioni, e non essendovi notizia di altri traumi nella stessa località, il traumatismo, come fattore patogenetico della ciste, deve essere nel caso nostro completamente escluso.

Molti hanno potuto rilevare come causa frequente delle cisti pancreatiche, la ritenzione, per un processo di pancreatite interstiziale cronica di origine infettiva, tossica o meccanica; gastro-enterite acuta, gastrite, tifo, alcoolismo, tubercolosi, calcolosi epatica, ecc., in seguito alla quale, attorno agli acini ghiandolari e ai loro condotti verrebbe a formarsi una costrizione cronica con ristagno, dilatazione passiva e formazione cistica. Ma la pancreatite interstiziale cronica difficilmente può essere invocata a chiarire la patogenesi di questa ciste; non avendo la bambina, fino all'epoca del trauma, sofferto mai alcuna malattia all'infuori di una leggera bronchite decorsa pochi mesi prima e senza complicanze, e non potendosi ammettere un fattore extra-pancreatico di cui sarebbe mancato qualunque segno.

Dobbiamo ora prendere in considerazione il fattore neoplastico, sul quale molto si è discusso dagli AA., per classificare le cisti del pancreas specialmente quando a base della classificazione delle cisti vere o cistomi si è voluto porre la caratteristica della presenza dell'epitelio di rivestimento interno. È noto che su questo punto non tutti sono d'accordo, perchè tale rivestimento è talora difficile a dimostrare per essere sfaldato per zone piuttosto estese, onde un reperto negativo non ci autorizza a negare recisamente la possibilità della natura proliferativa della ciste.

Di più questo rivestimento può essere scomparso per fatti di ipertensione nelle fasi avanzate della evoluzione della ciste, oppure anche per un processo di autodigestione o per entrambe queste cause. Rare volte soltanto esso è stato rinvenuto nelle cisti voluminose del pancreas.

Nel caso nostro la mancanza di epitelio nel frammento di parete asportato non è ragione sufficiente per escludere in modo assoluto l'origine neoplastica di queste cisti, tanto più che — come abbiamo visto — non esiste anamnesticamente alcun altro dato caratteristico che ci sveli una lesione pancreatica pregressa.

Per queste ragioni, quantunque sia grande la difficoltà della diagnosi differenziale tra cistomi e cisti da ritenzione e a noi manchi l'esame istologico del parenchima ghiandolare che, d'altra parte, si mostrava macroscopicamente normale, ci sentiamo tuttavia autorizzati a considerare questa formazione cistica, come un cistoma pancreatico.

Il fatto che la ciste contraeva cogli organi vicini aderenze come si sogliono osservare nelle false cisti o cistoidi, non contraddice il nostro giudizio che si tratti di un cistoma, perchè dobbiamo tenere conto dell'azione traumatica, la quale deve aver contribuito indubbiamente ad estendere e rendere più intime e tenaci le aderenze stesse, risvegliando anche un processo infiammatorio della parete stessa, come l'esame istologico ha messo in evidenza.

ARGOMENTI DEL GIORNO.

Istituto di Batteriologia agraria della R. Scuola Sup. di Agric. in Portici - Cattedra d'igiene rurale.

La trasmissione dell'afta epizootica dagli animali all'uomo

per il Dott. IGNAZIO DI PACE.

Questo problema presenta oggi uno speciale interesse, in vista della diffusione assunta dall'afta epizootica.

La prova della trasmissione. — La trasmissione dell'afta epizootica, dagli animali all'uomo, negata da parecchi autori (Toggie, Lessona, Luciano, Brugnone, Mathieu, Moretti e altri, come vedremo), messa in dubbio da altri (Levrat, Bayer, Magne, Tisserant), è dimostrata con osservazioni e documentazioni inoppugnabili.

Il primo a parlare di tale trasmissibilità fu Michel Sagar nel 1764. Egli aveva osservato, in quell'anno, che l'afta epizootica aveva colpito quelle persone le quali erano in diretto contatto con gli animali, e pensò che il contagio si potesse produrre anche nell'uomo, come negli animali, con l'ingestione del latte. La sua ipotesi fu generalmente accolta e sostenuta fino all'inizio del secolo XIX.

Nel 1811, Bredin, durante una epizoozia scoppiata nei dintorni di Lione, segnalò parecchi casi di contagio umano.

Ma l'ipotesi della contagiosità, che col Bredin si riaffermava, fu scossa verso il 1827, per opera principalmente degli autori francesi, i quali credevano di aver osservato che l'afta non fosse contagiosa per l'uomo e credevano anche di aver constatato, persino, che la febbre aftosa non fosse inoculabile da animale ad animale.

Ma tali supposizioni non si accordano coi fatti epidemiologici noti a tutti. Intorno al 1840 quastutta l'Europa fu funestata da gravissima epii zoozia, che attaccò quasi tutti gli animali; e durante l'infierire dell'epidemia si potettero osservare nuovi esempi di vescicole aftose nei bovari addetti alla custodia delle vacche e dei buoi affetti da afta epizootica.

Queste osservazioni aumentarono credito all'ipotesi della contagiosità umana, e fecero riaffermare anche la dottrina del contagio fra gli animali, cosa che era stata sostenuta, in base a fatti bene osservati e circostanziati di trasmissione, dal Levrat il 1830, e poscia fino al 1833, dal Wendenburg ad Halberstadt, dal Tilgner a Muhlberg, dal Lehnbard a Plane.

Ma la vera dimostrazione della trasmissibilità dell'infezione dagli animali all'uomo, la dimostrazione che tolse via ogni dubbio ed ogni titubanza, la dettero Hertwig, Maun, Villain e Hildebrandt. Hertwig, Maun e Villain nel 1834 ingerirono, per quattro giorni, una pinta (circa un litro) di latte — munto di recente e ancora caldo — di vacca affetta da febbre aftosa da 5 o 6 giorni. Il terzo giorno ebbero febbre, cefalea, dolori agli arti, e prurito cutaneo; l'ottavo giorno apparvero, sulle mucose e sulla cute, piccole vescicole giallo-biancastre contenenti un liquido torbido. Solo l'Hertwig ebbe afta sulle mani e negli spazi interdigitali.

Hildebrandt, nel 1840, fece degli esperimenti sugli uomini e sui bambini, sia facendo loro ingerire carni sospette e latte degli animali ammalati, sia inoculando loro sottocute il liquido virulento delle vescicole. Dai risultati ottenuti potette concludere:

a) che la carne degli animali aftosi non è dannosa ai consumatori;

b) che il contagio umano dell'afta epizootica è un fatto indiscusso; e che tale contagio si ha sia per mezzo del latte, sia per mezzo di iniezioni sottocutanee.

Il 1852 il Barioli (di Vétroly) osservò una epizoozia aftosa e simultaneamente la febbre aftosa in un gran numero di persone.

Da quest'epoca la contagiosità della febbre aftosa non si mette più in dubbio, e le osservazion di contagio che si constatano sono innumerevoli· principalmente durante le epidemie scoppiate il 1870 ad Eagley e a Manchester, dovute all'uso del latte di vacche ammalate (115 casi mortali); quella di Beecles consecutiva a una epizoozia (100 casi di stomatiti); e quelle degli anni successivi a Lione (1872), a Douvres (1884), come vedremo fra poco, e di Vieux Everlé (1872).

Pur tuttavia il 1876 riappare nel mondo scientifico la teoria della non contagiosità, specie per opera dei veterinari francesi, i quali, rispondendo a un questionario proposto dal ministro di agricoltura, affermarono che la febbre aftosa non era suscettibile di trasmettersi all'uomo.

Uguale risultato si ebbe in seguito a un *referendum* fatto in Isvizzera, auspice il prof. Pütz.

In opposizione alle conclusioni del questionario e del *referendum* dianzi detto, vi sono però i risultati degli studi del Brussenius e del Siegel, i quali, in 16 epidemie registrate nella letteratura veterinaria, hanno trovato mille casi di trasmissione. E vi sono le osservazioni, oltre che delle epidemie già ricordate, anche quella di Vieux-Everlé — scoppiata il 1872 tra i fanciulli, con manifestazioni alla bocca, alle mani e ai piedi, e con sintom, di angina — e i seguenti altri casi isolati. Il Bircheri il 1872, contrasse l'afta per aver bevuto il latte di una vacca aftosa. Il Demme, il 1883, osservò due gemelli, alimentati con latte di capre aftose, i quali furono presi da vomito e disfagia, a cui seguì eruzione vescicolare sulla mucosa della bocca e sulla schneideriana, in seguito alla quale uno di essi morì; lo Zürn cita un caso di trasmissione di febbre aftosa in un fanciullo che faceva uso di latte caldo di vacca aftosa; il Josias, il 1902, ha descritto un caso molto eloquente e dimostrativo di trasmissione in un bambino di 13 mesi; il Russi, il 1903,

ne ha osservati molti negli uomini, nei quali la malattia si era manifestata con forme gravi di adinamia persistente; il Bertarelli, il 1907, ha descritto due casi di trasmissione dal bue all'uomo, durante l'epidemia che invase la valle d'Aosta; io, durante l'epidemia deploratasi il 1911 a Margherita di Savoia in quel di Foggia, ho osservato un caso tipico e molto dimostrativo, in un bambino di 17 mesi (*), dovuto all'uso del latte di capre aftose (il liquido delle vescicole inoculato in una capra riprodusse le tipiche manifestazioni aftose); e quest'anno in un villaggio del Belgio sono stati osservati alcuni casi di febbre aftosa fra i componenti le famiglie proprietarie di animali aftosi.

Riassumendo: Il contagio dell'afta epizootica dall'animale all'uomo oggi non è più dubbio.

Frequenza. — Benchè siano noti centinaia di casi di febbre aftosa nell'uomo, pure bisogna riconoscere che il contagio è poco frequente. Fino a qualche anno fa gli animali effetti da epizoozia si contavano a centinaia di migliaia, mentre i casi umani sono relativamente limitatissimi; e durante la nostra guerra contro l'Austria, sono stati deplorati molte migliaia di casi di afta nei parchi-buoi dell'amministrazione militare senza che fossero stati segnalati casi di contagio fra i militari di servizio in detti parchi.

In Germania dal 1887 al 1894, di fronte a circa 5 milioni e mezzo di casi di febbre aftosa negli animali, se ne sono contati appena 600 nell'uomo.

Non c'è dubbio sul fatto che facendo uso di latte o di formaggio contaminato si possano deplorare delle vere epidemie, come le hanno segnalate l'Hulin, in un comune del Belgio; il Chauveau, in una pensione di Lione, e come è accaduto il 1884 a Douvres (Inghilterra), dove 205 persone furono infettate, per aver fatto uso di latte proveniente da una latteria contaminata.

Il Viseur (d'Arras) e il Boulay (d'Avesnes) nelle loro comunicazioni affermano che in alcune regioni del Nord della Francia la febbre aftosa nell'uomo è frequente.

Contrariamente a codesti dati di fatto, le inchieste eseguite dal Zundl il 1865, dal Coutaret il 1877, dal Lecomte il 1884, sono concordi nel ritenere che il consumo del latte aftoso il più delle volte non porta nocumenti. Il Nocard riferisce che a Parigi quasi ogni anno la febbre aftosa infierisce negli animali menati alla fiera e che gran parte del loro latte è consumato in loco, senza che si deplorino infezioni. E il Mathieu assicura che, nell'epidemia aftosa dei bovini nel dipartimento del Rodano, non ha notato effetti nocivi in seguito all'uso del latte delle vacche infette.

Noi siamo convinti che la frequenza del contagio appaia più rara di quel che col fatto non sia, perchè non sempre si arriva a riscontrare nell'uomo la forma tipica della febbre aftosa; e perchè molti casi, specie di quelli che si verificano nei coloni, nei bovari e nei pastori o nelle loro famiglie, restano ignorati. Certo la forma tipica della febbre aftosa è abbastanza rara, tanto che il Galippe afferma di non averla mai osservata. Ma dire *forma rara* non significa dire *forma inesistente!*

Il Roche riconosce che esiste una vera stomatite d'origine animale nell'uomo; ma ritiene che a fianco alla forma tipica ve ne sia un'altra, nella quale manca l'insieme della sintomatologia patognomonica. In tale forma però se si osserva bene l'aspetto clinico in rapporto all'etiologia, non sorgono dubbi sulla diagnosi di febbre aftosa.

Modi di contagio. — L'uomo può infettarsi sia per via sottocutanea o intradermica, sia per via digerente.

Via sottocutanea. — Tale modo di infezione è il meno frequente. Perchè essa si abbia è necessario che la cute o le mucose presentino delle soluzioni di continuo, che siano la porta di entrata dell'agente infettivo. Il quale può essere prelevato sia direttamente dalle lesioni specifiche da esso determinate, sia indirettamente dagli oggetti contaminati dal contenuto di dette lesioni o dal secreto degli animali.

Si citano, a tale proposito, casi di bovari che si infettano al contatto degli animali da essi menati al lavoro dei campi o da essi custoditi. E si conoscono casi di mezzadri con le mani screpolate, che si infettano con le afte dei capezzoli delle vacche che essi mungono; e di beccai che si inoculano la malattia squartando e tagliando gli animali ammalati.

Arthaud, nel 1900 ha riferito tre casi di febbre aftosa per vaccinazione. Ma tali casi di inoculazione vaccinale sono una estrema rarità, tanto che il Vaigt su 500,000 vaccinazioni ne ha osservati appena 3.

Hildebrandt e Collin riferiscono casi di veterinari i quali, trascurando di lavarsi le mani, sporcate di linfa virulenta, si infettarono o portando le dita alle labbra o anche, come osservò l'Esser, per mezzo del fazzoletto inquinato.

Il virus, in fine, può essere sparso, per mezzo degli animali infetti, sulla lettiera, sul foraggio, sui veicoli ecc., e poscia essere trasmesso da una persona all'altra e diffuso nell'ambiente, per mezzo delle scarpe o degli indumenti.

Via digerente. — La infezione per via digerente è più frequente e anche più dannosa della precedente, perchè si compie a distanza, sulle persone le quali con molta sicurezza consumano alimenti che giudicano sani, senza avere il più piccolo dubbio sulla loro impurità. Tale infezione si ha non solo per mezzo del latte, ma anche del burro e del for-

(*) « Il Tommasi », n. 31, 1911.

maggio fresco, confezionati con latte infetto, come hanno dimostrato l'Hildebrandt e il Röll.

Il danno che può produrre il latte è enorme, perchè basta una traccia di liquido delle vescicole aftose per inquinarne una grande quantità; e perchè basta che un solo animale di una vaccheria o di una fattoria sia ammalato per infettare tutto il latte che può produrre detta vaccheria o detta fattoria. E questo latte può inquinarsi — anche quando il virus aftoso non abbia invaso gli acini ghiandolari della mammella dell'animale, e perciò esca da essi immune — durante la mungitura, al contatto dei capezzoli e delle mani inquinate del mungitore.

Numerose ricerche hanno stabilito che il virus aftoso non invade mai le parti muscolari dell'animale e perciò l'uomo può usare, senza tema di danni, la carne di animali aftosi, purchè vengano rapidamente uccisi e vengano subito sviscerati.

La innocuità di tale carne è stata dimostrata e sostenuta da quasi tutti i cultori di Polizia Sanitaria. Documentazioni di tale innocuità ci vengono dai fatti osservati durante varie epidemie di afta epizootica.

Nel 1839, nel dipartimento della Senna, morì, di detta infezione, gran numero di animali; la carne di detti animali fu usata dalla popolazione, e l'Huzard assicura che non furono deplorati inconvenienti.

Nelle epoche nelle quali la febbre aftosa dominò a Parigi, a Lione, in Normandia e nella Svizzera, la carne degli animali infetti fu usata per l'alimentazione, senza inconvenienti.

Il Reyral riferisce che i soldati di 2 squadroni di un reggimento usarono per circa 3 mesi carni bovine aftose, senza che avessero sofferto disturbi di sorta.

E il Mazzini ci fa sapere che nella provincia di Torino, per tutto lo scorso anno, le truppe hanno mangiato carni di animali uccisi o morti per afta apopletica senza che si fossero verificati inconvenienti; e che egli stesso e le persone di sua famiglia, nel primo quadrimestre di quest'anno, hanno mangiato dette carni, senza averne risentito il benchè minimo disturbo.

Disposizioni di legge e proposte. — L'art. 114, lettera *c*. del *Regolamento generale sanitario* 3 febbraio 1901, proibisce la vendita del « latte degli animali colpiti da febbre aftosa ».

Data l'attuale grave crisi degli animali lattiferi e quindi del latte e dei suoi prodotti, la disposizione di detta lettera di detto articolo potrebbe essere modificata in quest'altra: «Il latte proveniente da animali colpiti da afta epizootica può essere ammesso al consumo, previa sterilizzazione con l'ebollizione ». Con questa nuova disposizione la profilassi dell'afta epizootica non sarebbe compromessa, perchè fino a oggi le indagini sperimentali e le osservazioni cliniche sono concordi nel negare ogni possibilità di trasmissione di tale malattia per mezzo del latte bollito. Se ne avvantaggerebbe invece la industria e si farebbe sentire meno pesante la crisi di uno dei prodotti alimentari più indispensabili per i bambini e per gli ospedali.

L'art. 33, capoverso 5, delle *Misure contro le malattie degli animali trasmissibili all'uomo* (Ordinanza di polizia veterinaria 3 marzo 1904) stabilisce che *le carni degli animali morti di afta epizootica non possono servire a scopo alimentare;* mentre l'art. 110 del citato Regolamento, al 3º capoverso, sanziona che *gli animali affetti da afta epizootica, i quali siano uccisi per ordine del veterinario, possono essere ammessi al consumo, se siano a ciò riconosciuti adatti, previa ispezione sanitaria.*

Ora a me sembra che in queste due disposizioni di legge, contraddittorie in apparenza, vi siano due errori: nella prima una restrizione che nella maggior parte dei casi non può essere giustificata; nella seconda invece una concessione che qualche volta, in determinate circostanze, può essere causa di danni.

In tesi generale è restrittivo l'art. 33 perchè abbiamo veduto che nella pratica quotidiana l'uso, anche prolungato, di carne di animali affetti da afta epizootica non ha dato luogo a inconvenienti. E può essere causa di danni la concessione accordata dall'art. 110, perchè per la energia dei movimenti preagonici ed agonici e per la caratteristica mancanza di anticolisina nei bovini, i germi colisimili e tifosimili dal duodeno possono versarsi in circolo — attraverso la vena porta e il fegato — e invadere tutta l'economia dell'animale inquinandola.

Ora, siccome la infezione aftosa non determina nel tessuto muscolare alterazioni rilevabili sia macroscopicamente e sia microscopicamente, la carne dell'animale (bovino) colpito da tale affezione e inquinata dai detti germi, si presenta alla ispezione sanitaria con i caratteri della carne normale, e perciò può venire ammessa al consumo, donde il possibile danno di fenomeni di intossicazione — anche se usata cotta — causa la termostabilità delle tossine dei detti germi.

Ciò premesso, i due suddetti articoli dovrebbero essere abrogati e dovrebbero essere sostituiti da un altro che permettesse la vendita delle carni di animali aftosi, come carni di bassa macelleria, da usare previa buona cottura, purchè essi animali non presentino complicazioni setticemiche o pioemiche e purchè non siano ridotti *in extremis* e vengano uccisi rapidamente e siano subito sviscerati.

Un articolo così concepito mentre concorrerebbe a risolvere in parte la grave e irreparabile crisi della carne — dipendente dalla miseria del nostro patrimonio zootecnico — non recherebbe alcun danno alla salute dei consumatori, e porterebbe qualche sollievo economico agli allevatori minacciati da dissesti finanziari, se non proprio dal fallimento.

SUNTI E RASSEGNE.

EMATOLOGIA.

Le Piastrine.

(A. CESARIS DEMEL. *Arch. per le Scienze med.*, Vol. XLII. Fasc. 1-2).

Alle numerose teorie sull'origine delle piastrine si sono sostituiti dei fatti bene acquisiti che l'A. non dubita saranno presto accettati da tutti gli ematologi. Ricordato come Wright sia stato il primo ad affermare nel 1906 che le piastrine sono *particelle separate per strozzamento del protoplasma dei megacariociti,* teoria confermata dalle ricerche di Ogata, Naegeli e nel 1812 accettata in Italia dal Foà, riferisce che volendo controllare le osservazioni di Foti, per le quali avvelenando i conigli con la pirodina si aveva distruzione di globuli rossi ed aumento di piastrine, sì da far pensare a questo autore a una origine delle piastrine dagli eritrociti, confermò invece, esaminando gli organi ematopoietici di animali avvelenati con la pirodina, l'origine delle piastrine dagli pseudopodi o dal contorno della massa protoplasmatica dei megacariociti del midollo sia in strisci freschi sia colorati col metodo di May Grunvvald-Giemsa, modificato da Ferrata. Osservò così costantemente l'origine delle piastrine dai megacariociti, non solo negli animali anemizzati, ove alla iperfunzione ematopoietica corrisponde una maggior funzione piastrinopoietica da parte dei megacariociti, ma anche negli animali normali. Mentre però in questi la piastrinopoiesi è dimostrata prevalentemente dal formarsi dentro i megacariociti di spazi chiari rotondeggianti con periferia ialina e parte centrale con ammasso di granuli azzurrofili, o dallo staccarsi dalla periferia dei megacariociti di ammassi di granulazioni azzurrofile, contornate da protoplasma ialino, negli animali anemizzati aumentano i megacariociti con disposizione reticolata del protoplasma, con addensamento di granuli azzurrofili nelle maglie di questo reticolo e aumentano altresì i megacariociti già sopra descritti, molti dei quali presentano prolungamenti a forma di pseudopodi, ove spesso si vengono differenziando masse granulari a contorno ialino, simili alle piastrine.

In lavori successivi l'A. dimostra gli stessi fatti nella polpa splenica di riccio e in altri animali, specie nella milza di gatto, più vicina per la sua struttura a quella dell'uomo, confermando così che nella milza di molti animali, specie giovani e particolarmente nel gatto, sono dimostrabili dei megacariociti e che questi hanno sempre stretti rapporti coi vasi venosi della milza, rapporti necessariamente legati alla funzione piastrinopoietica propria dei megacariociti, i quali versano, anche quando in massima parte sono estravascolari, il prodotto della loro funzione nell'interno dei vasi. In preparati riportati dall'A. si vedono infatti tutte le fasi del passaggio dei magacariociti dall'esterno all'interno dei vasi e il differenziarsi dal protoplasma a granuli azzurrofili di piccole masse rotondeggianti a contorno ialino con granuli azzurrofili al centro, assolutamente simili alle piastrine circolanti, differenzazione che si nota attorno al megacariocito sia nella sua fase estravascolare che in quella intravascolare e in questo caso anche nei suoi prolungamenti a mo' di pseudopodi.

Lo stesso fenomeno è dimostrabile anche nel midollo, sebbene in misura molto minore.

Altri autori, Kuborn, Van der Stricht, Muller, Micaelis, Hindemburg li descrissero nei capillari del fegato, Schwarz anche nelle ghiandole linfatiche e talora anche nel rene, ove però a differenza degli altri organi si trovano in vasi arteriosi (glomeruli).

Quivi l'A. ha dimostrato che rappresentano un progresso per vasodilatazione, dai capillari polmonari degli analoghi elementi che vi si erano embolicamente arrestati.

Il reperto dei megacariociti fu interpetrato erroneamente dagli autori precedenti come un embolismo cellulare, ma l'A. ritiene invece che i megacariociti che si vedono nei vasi e che dànno l'impresione d'esser liberi e liberamente circolanti, siano invece fissati al vaso da qualche propaggine pseudopodica in modo da compiervi indisturbati la loro funzione piastrinopoietica. Solo dopo avere esaurita la loro massa protoplasmatica per il continuo distacco di piastrine o accidentalmente per qualche causa meccanica, questi elementi possono staccarsi e, ridotti ormai al solo nucleo o al nucleo con poco protoplasma, progredire come veri emboli fino al piccolo circolo ove sono trattenuti dai capillari polmonari e quando questi siano dilatati, li oltrepassano per arrivare in arteriole terminali del grande circolo. Sicchè il reperto di nuclei giganteschi dei megacariociti, privi della massa protoplasmatica nei capillari polmonari è, secondo l'A., un fatto normale e costante, che avviene col meccanismo surriferito. Solo l'aumento esagerato di questi embolismi nucleari sarebbe indizio di alterazioni patologiche degli organi ematopoietici.

In altro lavoro l'A. studiando contemporaneamente piastrine e megacariociti nel sangue circolante di pazienti affetti da gravi malattie del sangue (leucemia mieloide, leuc. linfatica, emofilia, ecc.) trovò in tre casi di leucemia mielogena cronica aumento delle piastrine circolanti e

variazioni sensibili nel loro volume, una vera anisocitosi piastrinica accanto a una anisocitosi eritrocitica, sì da far pensare a una derivazione diretta delle piastrine dai globuli rossi, supposizione però respinta dall'A., non avendo mai trovato alcuna forma di passaggio fra globulo rosso e piastrina.

La ragione di questo parallelismo è che la stessa causa (tossica o settica) determinante la malattia del sangue, agisca negli organi emopoietici tanto sugli elementi formatori degli eritrociti che sui megacariociti, onde, risultando alterati questi, devono necessariamente essere alterate le piastrine, da loro derivanti. Inoltre nel sangue leucemico insieme a scarse piastrine normali (contorno ialino e massa centrale di fini granuli azzurrofili) se ne trovano altre con differenze morfologiche e cromatiche, classificate dall'A. in 4 gruppi e cioè: 1° Piastrine più o meno voluminose, talora giganti con sola parte ialina (ialomero) colorata debolmente in azzurro; 2° Forme analoghe con una o con pochissime granulazioni azzurrofili; 3° Grosse masse rotondeggianti senza contorno ialino, finissimamente punteggiate da granulazioni azzurrofile e talora con vera e propria differenziazione periferica in piastrine; 4° Frammenti di protoplasma (a granulazioni azzurrofile) delle più diverse forme, a pera, a clava, allungate, a filamento, contornate da piastrine che vi stanno aderenti.

Le variazioni morfologiche e cromatiche delle piastrine del 1°-2° gruppo indicherebbero che la causa morbosa, colpendo i megacariociti degli organi emopoietici, disturbandone la differenziazione e il distacco delle piastrine, fa si che possano staccarsi frammenti di pura sostanza jalina che circolando nel sangue si arrotondano, assumendo l'aspetto descritto. Quelli del 3° gruppo rappresentano grossi frammenti di protoplasma megacariocitico con abbondanti granuli azzurrofili, che conservano per un certo tempo la funzione piastrinopoietica e che si staccano per la stessa ragione. Non sono però nè piastrine giganti, nè le cellule piastriniche di Foà. Quelle del 4° gruppo rappresentano frammenti di pseudopodi parzialmente penetrati nei vasi venosi del midollo o della milza o staccati da megacariociti già penetrati nei vasi venosi degli organi emopoietici. Tutti questi fatti forniscono una prova per quanto indiretta alla geniale teoria di Wright. Foà nel 1915 portò nuovi contributi di fatti e deduzioni a sostegno della teoria di Wright. Anche Ferrata, prima convinto sostenitore della origine delle piastrine dai globuli rossi venne poi ad ammettere la teoria di Wright e con Negrerios Rinaldi, dopo aver trattato della genesi dei megacariociti nell'embrione e nell'adulto, ne studiò la morfologia e affermò che esistono due tipi di megacariociti: il megacarioblasto (con protoplasma basofilo senza granulazioni) e il megacariocito con tre successive fasi di formazione, e cioè nella forma giovane con protoplasma linfoide non granuloso, poi con minuti granuli azzurrofili nella zona perinucleare del protoplasma e più tardi con granuli nell'intera massa protoplasmatica. Studiando poi i rapporti tra megacariocito e piastrina nelle emopatie spontanee e sperimentali concluse che i megacariociti con granuli azzurrofili sono veri e propri piastrinoblasti che generano masse piastrinosimili a quelle del sangue circolante, le quali ora si trovano localizzate nei pseudopodi, ora nell'intera massa protoplasmatica. Di Guglielmo in un caso di eritroleucemia ha potuto constatare in megacariociti circolanti la funzione piastrinopoietica con tutte le forme differenziate immature e giovani insieme a forme analoghe della serie eritrocitica.

Riconosciuta l'origine delle piastrine dai megacariociti, l'A. si fa la domanda se le piastrine non derivino anche da altri elementi della milza, avendo egli osservato nel tessuto splenico, esclusi i follicoli, sia in assenza di megacariociti o questi presenti, delle masse nettamente differenziate simili in tutto alle piastrine e che in piccola parte sono estracellulari e in parte maggiore sono contenute nel proplasma di elementi cellulari. Già Foà e Carbone nel 1889 notarono la presenza di piastrine nella milza. Nel 1906 Foà dimostrò piastrine isolate e ammassate, le une e le altre indipendenti dalle cellule della milza. Osservò inoltre ammassi di protoplasma colorati in azzurro con cumulo centrale di fini granuli color rosso violetto, che chiamò cellule piastriniche.

Pappenheim in seguito trovò nella sostanza fondamentale della milza di cavia un enorme numero di piastrine, che disse derivare dalla distruzione dei globuli rossi. Bernhardt però trovando accumulo e poi distruzione di piastrine, senza notare accumulo e distruzione di eritrociti, nega le conclusioni di Pappenheim, sostenute anche da Ferrata. Dominici nel 1916 sostenne che le piastrine nella milza derivano da elementi della serie leucocitaria, molto vicini ai macrofagi, che emetterebbero delle gemmazioni, individualizzantisi in piastrine. L'A. ritiene come fisiologico il reperto di questo accumulo di piastrine, differenziate nel protoplasma di svariati elementi cellulari della milza. Nell'interpetrazione di questo fatto fisiologico egli nega l'ipotesi che possa trattarsi di un deposito di

piastrine nella milza, formatosi in altra sede e pronto a tornare in circolo al momento opportuno, avendo trovato lo stesso reperto in milze di embrioni umani di pochi mm., quando la produzione di piastrine da parte dei megacarociti non è ancora cominciata. Ritiene probabile invece che possa trattarsi di una vera e propria attività piastrinopoietica di questi elementi della milza; ipotesi basata sulla precocità del fenomeno nella milza dell'embrione e sulla stretta parentela fra determinati elementi della milza e i megacariociti, elementi che sarebbero i prestadii di quelli e che pur avendo subìto le trasformazioni in veri megacariociti, hanno nel loro protoplasma le proprietà morfologiche e funzionali del megacariocito stesso.

Concludendo: Le piastrine non sono veri e propri elementi cellulari, perchè mancano di nucleo. Esse derivano in massima parte dal protoplasma a granulazioni azzurrofile dei megacariociti in qualunque organo siano questi presenti (midollo, milza, fegato); in minor parte in altri elementi della milza, verosimilmente prestadii dei megacariociti stessi.

Le piastrine derivano dai megacariociti per differenziazione e distacco dal protoplasma di piccole masse, differenziazione che avviene tanto in zone marginali o in tutta la massa del protoplasma, quanto all'estremità di propaggini pseudopodiche. Queste propaggini o penetrano direttamente nei capillari sanguigni ove versano il prodotto della loro frammentazione, mentre il megacariocito da cui dipendono resta estravascolare, o si insinuano gradatamente fino a trascinare con sè l'intero magacariocito attraverso le pareti dei vasi venosi, ai quali resta fissato dagli pseudopodi, e dove compie la sua funzione piastrinopoietica, finchè esaurito per successive differenziazioni il protoplasma, il nucleo può progredire embolicamente fino ad arrestarsi nei capillari polmonari. Nell'animale normale e in condizioni normali la differenziazione e il distacco delle piastrine dai megacariociti avviene regolarmente e le piastrine hanno dimensioni e aspetto pressochè identici. Ma in condizioni anormali queste masse differenziate e staccate risultano disuguali per forma, colorabilità, volume per l'alterato processo di differenziazione e distacco.

Si possono così trovare forme allungate, a clava, grossi ammassi rotondeggianti, che circolanti ancora, possono dar luogo al distacco di vere piastrine. Queste forme anomale sono specialmente dimostrabili nel sangue di individui affetti da leucemia linfoide, ove alle altre anomalie del tessuto linfoide si unisce anche il forte aumento numerico dei megacariociti. Tanto nella milza normale che patologica è costante la presenza di piastrine sia nell'interno della massa protoplasmatica di elementi che si debbono ritenere prestadii dei megacariociti, sia nella massa protoplasmatica di cellule endoteliali, sia libere tra i vari elementi della polpa; disposizione che fa ritenere verosimile l'ipotesi dell'origine delle piastrine anche da certi elementi della milza.

CESETTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arte.

Adunanza ordinaria del 13 aprile 1919.

Nota sulla paralisi periferica del quinto paio.

P. PENNATO. — Testut e Marchand (« Presse méd. », 1919) notarono nella paralisi del nervo masticatore una deformazione *obliquo ovalare* della bocca che spiegano con la prevalente azione del miloioideo del lato sano (abbassamento del labbro inferiore che segue la mandibola spostata verso il lato paralizzato).

La rivista dei casi (piuttosto rari) di tale paralisi conferma che questa deformazione non fu finora notata e mostra in generale che la sintomatologia si presenta con notevoli varietà.

Assieme a qualche considerazione intorno a queste varietà e all'interpretazione del sintoma illustrato da Testut e Marchand, viene esposta una osservazione clinica di paralisi periferica emilaterale del nervo masticatorio, per più lati degna di nota.

Su tre casi di cisticercorosi nell'uomo da « Cisticercus cellulosae ».

G. TEODORO. — Questi tre casi furono riscontrati all' autopsia di tre cadaveri nell' Istituto anatomo-patologico dell'Università di Padova. Il primo è un caso di cisticercorosi generalizzata, con presenza di cisticerchi oltre che nell'encefalo, nel cuore e nei muscoli. Nel secondo e terzo caso invece non fu riscontrato che un solo cisticerco in entrambi a localizzazione cerebrale.

L'A. richiama l'attenzione su questi casi di cisticerchi isolati e descrive la struttura della cisti la cui parte essenziale è costituita da una capsula connettivo-fibrosa dovuta alla reazione dei tessuti per la presenza della larva di tenia.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi differenziale nelle febbri eruttive.

Vi è talora qualche difficoltà nel distinguere il vajuoloide in un soggetto vaccinato dalla varicella: nei casi tipici, il periodo di invasione del primo dura almeno tre giorni, con febbre, cefalea, vomito, mentre nella varicella dura solo 24 ore, con sintomi più lievi. Spesso però (R. Fortier in *New-York med. Journ.* 10 mag. 1919) i sintomi generali sono lievi o assenti e la diagnosi va basata unicamente sui caratteri della eruzione. Quella del vajuoloide incomincia alla faccia, in un unico punto, dura in media 36 ore; la vescicola contiene un liquido torbido fin dall'inizio, mentre nella varicella esso è limpido.

Un'area infiammattoria rossa ed indurata, circostante alla lesione, sempre ombelicata, indica il vajuoloide. Non si deve però dimenticare che già al secondo giorno la varicella può dare pustole o vescicole contenenti liquido torbido, talvolta anche ombelicate; tali pustole però sono superficiali e non interessano il derma. In casi dubbi si cerca se vi sono lesioni di età diverse, ciò che sta ad indicare la varicella; se poi il dubbio persiste, si pratica la vaccinazione una o due volte osservandone i risultati.

Gli eritemi infettivi o tossici che possono mentire la scarlattina sono sempre alquanto polimorfi: in qualche regione del corpo si notano aspetti a tipo di morbillo o di orticaria; la gola e la lingua sono poco o punto affette. L'eritema scarlattinoide della difterite compare piuttosto tardi: ad ogni modo in presenza di esso, si deve attendere la desquamazione, prima di fare una diagnosi. In casi di scarlattina incompleta, senza desquamazione, o di mal di gola, a tipo di scarlattina senza eruzione, è meglio far propendere la diagnosi verso la scarlattina. Per la diagnosi di questa con la rosolia, si deve tener presente per la rosolia l'ingorgo dei nodi linfatici al collo ed alle regioni ascellari ed inguinali, e la presenza simultanea di eruzione morbilliforme in una parte del corpo e scarlattiniforme in una altra.

Per quanto riguarda poi la diagnosi di morbillo, si ricordi che negli eritemi infettivi o tossici, mancano i sintomi oculari, nasali e bronchiali.

fil.

Sulla reazione sanguigna e ganglionare nella rosalia.

Secondo Combe e Renaud nel morbillo al periodo d'invasione si ha iperleucocitosi, dovuta all'aumento dei polinucleari neutrofili, che scenderebbero a una cifra bassa al momento dello esantema fino ad arrivare a una leucopenia totale con prevalenza dei mononucleari. Le stesse modificazioni, secondo Platenga si hanno nella rosolia. Ch. Lesieur e P. Jacquet (*La Presse Médicale,* 29 maggio 1919), riprese le ricerche in casi netti di morbillo e di rosolia negli adulti, trovarono invece un certo antagonismo fra le due malattie. Più che alla leucocitosi totale essi rivolsero l'attenzione alla qualità dei leucociti e in 15 casi di rosolia e 10 di morbillo trovarono al periodo d'esantema una formula banale di polinucleosi infettiva nel morbillo; invece nella rosolia riscontrarono una mononucleosi con predominio delle forme medie (circa 2/3 dei mononucleari) insieme alla presenza di forme mononucleari giovani (protoplasma nettamente basofilo con grosso nucleo pallido e arrotondato). Questa mononucleosi fu più costante e più spiccata al 3° giorno circa dall'esantema roseolico e in tale epoca anche le adenopatie erano al loro massimo. L'adenopatia occipitale, data come uno dei buoni segni della rosolia non fu riscontrata in circa la metà dei casi. Molto frequenti invece furono le adenopatie inguinali e ascellari e quasi costantemente riscontrarono l'adenopatia epitrocleare, alla quale attribuiscono molto valore. Nel periodo della convalescenza della rosolia trovarono inoltre spesso dei polinucleari basofili a granulazioni metacromatiche.

CESETTI.

Il vomito dei lattanti.

Marfan, nei fascicoli 1° e 2° de *Le Nourrisson,* prende in esame il vomito che frequentemente si presenta nei lattanti.

Egli distingue tre gruppi principali di vomiti.

Il primo è rappresentato dai vomiti accidentali: essi sono di origine gastrica o no; bisognerà anzitutto eliminare il vomito iniziale di uno stato febbrile, il vomito di origine cerebrale o meningea, il vomito tossico, quello prodotto da affezioni delle vie respiratorie, ecc.

Nelle affezioni intestinali il vomito può esser dovuto ad uno strozzamento erniario, ad una invaginazione intestinale, al megacolon congenito, all'appendicite, ed anche, in un neonato che tardi nello stesso tempo ad espellere il meconio, ad una obliterazione congenita dell'intestino, ad imperforazione anale, a retrazione congenita.

Una indigestione acuta causa il vomito accidentale di origine gastrica; a stomaco ed intestino vuoto, esso cessa. Può anche il vomito prodursi durante le diverse forme di diarrea della prima età.

Il secondo gruppo è rappresentato dal vomito abituale cronico con le due varietà: una legata

ad una retrazione congenita del piloro, ed un'altra rappresentata dalla *malattia del vomito abituale,* nome con il quale designa l'A. il vomito abituale senza lesioni primitive dello stomaco e del piloro, e caratterizzata dal ripetersi del vomito dopo ciascun pasto, durante varie settimane, talora varii mesi, con periodi di relativa calma. In uno col vomito si verificano in tali casi disturbi digestivi varii (esagerazione dell'appetito, della sete, od anoressia). Talora si notano sintomi di eccitazione nervosa con agitazione, insonnia, ecc.

Marfan ne distingue una forma *comune* ed una *spasmodica,* con tutti i gradi intermedi.

La malattia conduce all'ipotrepsia ed all'atrepsia che talora conduce a morte se questa non è avvenuta per una complicazione (diarrea coleriforme, broncopolmonite, ecc.).

L'osservazione radioscopica mostra che non è dovuta a spasmo pilorico e che importanza notevole deve darsi all'aerofagia.

Dal punto di vista della patogenesi, elemento essenziale della malattia è un'iperestesia della mucosa gastrica tale da provocare un gastro-spasmo emetizzante al contatto di alimenti anche normali.

Il terzo gruppo è rappresentato dal vomito accessuale o vomito periodico, chiamato anche vomito ciclico, a ricaduta, o con acetonemia.

MONTELEONE.

La terapia delle vulvo-vaginiti gonococciche infantili.

La vulvo-vaginite delle bambine costituisce dal punto di vista della terapia un problema non indifferente ed i metodi di cura comunemente adoperati rispondono a due grandi concetti:

1) distruzione in sito dello agente infettivo specifico;

2) distruzione dell'agente specifico con elevare i poteri immunitari dell'organismo infetto a mezzo del metodo Wright.

Col primo metodo si ottengono dei risultati ma si richiede un lunghissimo tempo di trattamento oltre che l'azione caustica dei così detti disinfettanti altera la mucosa con cui vengono a contatto e predispone alla infiammazione catarrale che facilita il risveglio dei gonococchi nella mucosa stessa; col secondo metodo (vaccinazione alla Wright si ottengono risultati mediocri.

Ora il Maggiore, della Clinica Pediatrica di Palermo, ha ottenuto buoni risultati (*Pediatria,* n. 5, 1919) con l'uso dell'acido tannico in polvere, che mentre risponde al principio di restare lungamente applicato, esercita anche un'azione topica leggermente antisettica sulla mucosa infiammata.

Allontanato l'essudato purulento con lavaggio di permanganato (1 per 20000) si stratifica lo spazio fra le piccole labbra, l'apertura della vagina e le grandi labbra con acido tannico in polvere, in modo da formare uno strato denso, si ricopre con ovatta e si applica la mutandina chiusa: ogni volta che l'ammalata orina la medicatura si cambia.

Secondo Maggiore con questo metodo guariscono in breve spazio di tempo le forme più ribelli.

g. g.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(0000). *Sul trattamento delle scottature.* — All'abb. n. 9325:

Se a una scottatura ha fatto seguito una vasta perdita di cute e di tessuto sottocutaneo, è ben difficile che un trattamento precoce possa evitare del tutto lo stabilirsi di difetti funzionali e di deformità.

La terapia sarà subito indirizzata a favorire i processi di riparazione spontanei e quelli che più tardi dovranno essere apportati con l'arte. Condizione preliminare è che sia evitata ogni complicazione settica; compito non facile ove, per effetto della scottatura, esistano abbondanti quantità di tessuti necrotici.

Questi, quando siano nettamente delimitati, potranno essere escissi. Allora sarà possibile, con maggiore sollecitudine, trasformare la perdita di sostanza in una piaga ben granulante e povera di germi. A questo scopo i cosiddetti processi di sterilizzazione delle ferite (tra i quali quello ben noto di Carrel) rendono servigi molto soddisfacenti.

Quando la lesione è stata trasformata in una piaga praticamente sterile, è concesso accelerare i processi di riparazione con plastiche. Nel frattempo vi sono espedienti da usare affinchè non si stabiliscano condizioni sfavorevoli.

Tra queste, la più comune è la retrazione dei margini cutanei, per effetto della quale il difetto diviene più grande di quello che era originariamente. Si deve impedire che la pelle si retragga e che in stato di retrazione si fissi. A questo scopo le trazioni con cerotti sono utili, esse non solo impediscono le retrazioni, ma permettono anche un allungamento della pelle residua.

Se sono scoperti dei tendini, occorre dare alla parte quell'atteggiamento nel quale i tendini interessati sono costretti a sviluppare tutta la loro lunghezza. Per intenderci: nelle perdite di

sostanza del dorso della mano, le dita saranno atteggiate in flessione; in quelle del palmo saranno atteggiate in estensione. Sarà sempre giovevole far compiere periodicamente degli esercizi di movimento per evitare rigidità articolari e retrazioni secondarie temibili non solo nei muscoli e nei tendini interessati, ma anche in quelli non interessati direttamente.

Su una piaga di buon aspetto e poco secregante si possono compiere sia trapianti epidermici che plastiche complesse.

Il successo sarà tanto più sicuro quanto più si sarà stati severi nel giudicare il grado di sterilizzazione raggiunto. Buoni indizi sono certo forniti dall'aspetto della piaga; ma esso non può dare una sicurezza assoluta. L'esame batterioscopico deve essere considerato un sussidio di pratica corrente. Esso è molto semplice e, pur non dando quella garanzia che fornirebbe un esame culturale, può ritenersi praticamente decisivo. Occorre però prelevare il materiale di esame in più punti e specialmente in quelli ove, per irregolarità di superficie, i germi possono restar annidati e virulenti malgrado il trattamento e le buone apparenze della massima parte della piaga.

Se la cicatrizzazione è avvenuta completamente, gli interventi operatori si compieranno nelle condizioni di asepsi più desiderabili. Si esciderà la cicatrice aderente per quel tratto che parrà opportuno sacrificare per dare scorrevolezza ai tendini e questi verranno liberati anche dalle aderenze profonde. Poi i tendini dovranno essere provveduti in un involucro molle nel quale la loro scorrevolezza non trovi impedimento. I semplici innesti epidermici in genere non sono sufficienti: occorre una plastica di cute e di grasso.

La tecnica delle plastiche si è recentemente arricchita di numerosi espedienti che permettono trapianti liberi di grasso, di cute e anche di cute e grasso insieme; ma tuttavia non paiono queste le più sicure vie per le quali il problema nei casi molto complicati può trovare la più probabile soluzione.

Forse è meglio scomporlo in problemi più elementari da risolvere gradatamente e procedere prima alla escissione della cicatrice cutanea e alla copertura del difetto con un lembo secondo il metodo indiano o secondo il metodo italiano. Quando poi l'impellamento sarà buono, si potrà procedere all'isolamento dei tendini dalle loro aderenze e prevenire che queste si riformino avvolgendoli sia nel grasso già trapiantato sia in altro ottenuto da trapianti liberi.

Le notizie fornite sul caso fanno presumere che i tendini siano ormai tanto accorciati che un allungamento di essi possa esser necessario e che inoltre esistano sulle dita cicatrici che richiederanno atti operatori complementari. Per alcuni di questi forse i trapianti liberi di epidermide e di cute potranno trovare utile applicazione.

G. EGIDI.

(0000) *Per la reazione di Boveri.* — Al dottor P. T. R. - Tuscania:

Ad 1 cmc. di liquido da esaminare si aggiunge 1 cmc. di soluzione 0.1 ‰ di permanganato potassico. Se il liquor è normale resta la colorazione rosa-violacea del permanganato; se è patologico la miscela si scolora, in breve tempo, ed assume poi una tinta giallo-paglia. La reazione è forte se essa si produce in meno di due minuti primi, media in 3-4 minuti, debole in 8-10 minuti. Al di là di questo limite la reazione è negativa.

t. p.

(0000) *Malattie del sangue.* — Al dott. P. P. - Napoli:

Potrà utilmente riscontrare e trovare la letteratura degli argomenti che l'interessano nei seguenti lavori italiani:

A. Braga: « Le malattie sistematizzate del tessuto linfatico ». Parma, 1913.

C. D. Martelli: « Le malattie del sangue e degli organi ematopoietici ». Un. Tip. editr. Torinese, 1913.

Ferrata: « Malattie del sangue ». Soc. libr. Milanese, 1918.

Giudiceandrea V.: « Malattie del sangue ». Vallardi, 1919.

t. p.

(0000) Al dott. G. C. abb. 9743:

— Per ovvie ragioni non possiamo dare indicazioni particolari nè su buoni laboratori chimico-microscopici, che a Roma non mancano, nè su farmacie che vendano prodotti opoterapici.

— Speciali *cure moderne* sulle nefriti croniche non esistono: la terapia finora mantiene a esse le linee direttive, che si trovano esposte in qualsiasi trattato.

t. p.

(0000) Al dott. G. B. abb. 2784:

Il suo quesito riguarda un argomento d'indole esclusivamente personale e l'uso di specialità (almeno sotto il nome accennato). Non possiamo quindi rispondere in proposito.

r. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ e DELMAS. *La pratique psychiatrique.* — Prezzo Fr. 16. Editori J.-B. Baillière et fils - Parigi.

Benchè sia un lavoro di collaborazione, pure è un libro omogeneo e ben condotto. Tutti e tre gli autori hanno dato alla loro trattazione un indirizzo puramente pratico, utilizzando le conoscenze fornite loro dalla pratica.

La prima parte, la semiologia, è scritta da Barbé, e si divide in tre capitoli: esame del malato, disturbi psichici e disturbi fisici nelle affezioni mentali.

La seconda parte, la nosografia, è trattata da Délmas ed è pregevole per la sua chiarezza.

La terza parte, medicina legale, dettata da Laignel-Lavastine, è molto più diffusa ed è particolarmente interessante per le nozioni pratiche e per i consigli utili per perizie sia civili che penali.

a. a.

SILVIO RICCA. *Forme inibitorie di guerra ed isterismo.* Prezzo L. 8.00. Società Editrice Libraria. Milano.

Le sindromi riflesse o fisiopatiche individualizzate per primi da Babinski e Froment hanno dato luogo a vivaci discussioni sulla loro interpretazione clinica e patogenetica. Anche presso le truppe italiane queste forme sono state abbastanza frequenti e sono state studiate dai neurologi nostri con non minore interesse e con non minore competenza che in Francia, dove le forme stesse assunsero un carattere addirittura epidemico. Sono già conosciuti i lavori di L. Bianchi, di Fragnito, di Neri, di Besta, che hanno dato all'intricato argomento contributo di osservazioni cliniche accurate e di vedute schiettamente originali.

Il lavoro del Ricca è ancora più completo. L'A. in base ad un'abbondante casuistica sostiene che le così dette sindromi riflesse non costituiscono una malattia ma sì speciali manifestazioni, che hanno di comune solo la causa determinante: la guerra. Si tratterebbe in ogni caso di forme psicogene ben distinte dall'isterismo e non dovute alla simulazione. Avrebbero molte analogie con la sinistrosi. Il Ricca insomma utilizza per interpretare le forme fisiopatiche la distinzione tra simulazione cosciente ed incosciente, distinzione sottile di che si è già fatto troppo abuso nella pratica.

Dr.

G. ROUSSY, I. BOISSEAU e M. D'OELNITZ. *Le traitement des psychonévroses de guerre.* Prezzo Fr. 4.00. Collection Horizon. Editori Masson et C.ie Parigi.

Questo manuale completa l'altro sulle psiconevrosi scritto per la stessa collezione dal Roussy. È una esposizione dei mezzi curativi delle varie forme di neuro-psicosi provocate dalla guerra.

Gli autori prendono occasione dagli esiti dei varî sistemi di cura per intrattenersi anche sulla patogenesi e sulla essenza di alcune forme cliniche, come ad es. delle così dette forme fisiopatiche di Babinski.

a. a.

VARIA.

Il cocainismo a Berlino. — Verrebbe estendendosi a Berlino, nei circoli raffinati e viziosi, l'uso del pericoloso eccitante.

Un gramma di cocaina si ottiene per le vie del commercio illecito a 5 marchi. Un articolo della *Frankfurter* osserva a questo proposito che, finchè vogliano dannarsi al suicidio i circoli mondani tipo Montmartre, niente di meglio; ma c'è il pericolo che la psicosi politica, gli alti salari e la mancanza di alcool, preparino il terreno a una estensione di questo mortale godimento alle classi lavoratrici. Propone perciò la proibizione della produzione di cocaina; per uso medico bastano i surrogati.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Problemi sanitari del dopo-guerra.

Servizi provinciali.

All'intento di tener viva l'attenzione sui problemi studiati nella Sezione d'igiene sociale dalla Commissione del dopo-guerra e promuovere utili dibattiti, che giovino all'attuazione da parte del Governo degli opportuni provvedimenti, crediamo bene richiamare il seguente ordine del giorno sull'organizzazione sanitaria provinciale (Rel. professore Ascoli), votato nelle sedute del 26 al 28 gennaio corr. anno:

« La Sezione d'igiene sociale, convinta che per una provvida assistenza sanitaria e per una organizzata difesa contro tutte le malattie infettive dell'uomo e degli animali sia necessario un decentramento a base provinciale, ritiene che la Provincia debba essere dotata di mezzi per corrispondere a tali scopi, e pertanto:

« 1º augura che la Sezione 3ª della 1ª Sottocommissione entri nello stesso ordine di idee e tenuto conto delle ragioni tecniche addivenga agli adeguati provvedimenti amministrativi;

« 2º fa voti perchè il medico e il veterinario provinciale siano ricondotti al loro vero ufficio di vigile ed efficace tutela dell'igiene e salute pubblica della Provincia, abbiamo libertà e responsabilità d'azione per tutto ciò che si riferisce alla profilassi delle malattie infettive, di fronte all'autorità politica da cui altrimenti dipendono, abbiamo mezzi immediati per esercitare l'opera loro sia ottenendo il personale tecnico ed amministrativo indispensabile per il loro ufficio, sia giovandosi del cresciuto concorso pecuniario della provincia per la quale l'attività loro si svolge, sia profittando dei mezzi che possano trarre dagli istituti universitari o comunali, od altri autorizzati, coi quali la Provincia o lo Stato stabiliscano apposite convenzioni per tale servizio ».

Cominciamo da questo o. g. per la sua notevole importanza, essendo la perfetta organizzazione degli uffici base essenziale del loro funzicnamento e costituendo l'ufficio provinciale il fulcro della nostra organizzazione sanitaria.

A questo o. g. si collega, integrandolo, parte dell'o. g. sul personale e materiale per la profilassi delle malattie infettive (Rel. prof. Sclavo), che è redatto così:

(*Omissis*) . . . .

« Ritenuto che all'autorità sanitaria governativa faccia sempre più bisogno un personale subalterno capace di bene eseguire operazioni manuali profilattiche;

fa voti:

(*Omissis*) . . . .

« 4º che si formi un corpo di vigili sanitari bene istruiti, nominati in seguito ad esame e da stare alle dipendenze dei medici provinciali ».

Si domanda adunque sostanzialmente, che l'ufficio sanitario provinciale goda della necessaria autonomia ed abbia mezzi adatti e sufficienti per funzionare; autonomia non disgiunta per altro da quell'alta dipendenza dall'autorità politica, che gli assicuri il dovuto prestigio, nonchè l'opera degli enti locali e degli organi statali, senza cui non potrebbero essere attuate pronte ed efficaci misure profilatiche.

In quanto ai mezzi, nel campo tecnico l'ufficio provinciale deve aver modo non solo di eseguire le inchieste epidemiologiche, ma di procedere anche ad indagini cliniche e di laboratorio, sulla natura delle malattie e sulle fonti e veicoli loro; ed, inoltre, esso deve poter concorrere con personale e materiale proprio ad integrare, ove occorra, l'opera di profilassi locale; il che sempre è necessario nei piccoli comuni. Nel campo amministrativo poi, gli abbisogna personale competente nelle questioni giuridico-amministrative e, sopratutto, personale d'ordine pel disbrigo del ponderoso lavoro di statistica e materiale in genere.

A parte la speciale e piena competenza occorrente, il medico e il veterinario provinciale non potrebbero, da soli, reggere l'ufficio anche amministrativamente, perchè altrimenti verrebbe loro meno e tempo e modo per attendere alle mansioni tecniche e, specialmente, a quelle ispettive; mentre d'altra parte le ultime non consentirebbero all'ufficio di funzionare colla dovuta continuità e regolarità e ne ostacolarerebbero i rapporti, che esso è obbligato a mantenere continui coll'autorità e col pubblico.

Chiariti così i voti sopra enunciati, vediamo particolarmente quali siano le manchevolezze dell'organizzazione sanitaria provinciale, per poterne studiare gli opportuni provvedimenti.

Rileviamo, da prima, come all'ufficio sia commesso, senza dargli il personale occorrente, la raccolta e compilazione di numerosi bollettini ordinari e straordinari (in una Prefettura fu calcolato il numero dei primi a circa 50,000!!), dei quali poi, alcuni sono in parte la ripetizione di altri, e talvolta cagionano un doppio lavoro, perfino sotto forma diversa, mentre altri hanno eccessività uniforme di particolari, d'altronde superflua per parecchie Province.

A ciò si aggiunga, che il lavoro è aumentato dalle richieste che provengono, oltre che dal Ministero, anche dagli ispettori compartimentali, i

quali, dippiù, com'è ovvio, domandano, non di rado, le stesse notizie, mediante questionari diversi da quelli Ministeriali.

Altro lavoro burocratico non lieve deriva dall'inclusione del medico provinciale in varie commissioni sia ordinarie che straordinarie, le cui frequenti sedute non solo gli impediscono di assentarsi per compiere ispezioni, siano pure urgenti, ma spesso assorbono la sua attività per la trattazione di pratiche estranee alla sua specifica competenza tecnica: il che se può accrescere la sua perizia amministrativa, torna, tuttavia, di danno alle funzioni di vigilanza e tutela sanitaria, da cui il funzionario viene in tal modo a l essere distratto.

Inoltre, l'ufficio sanitario provinciale non costituisce ufficio a sè, dove il dirigente abbia facoltà di distribuire le pratiche fra i dipendenti, secondo le competenze, a sè riservan lo la parte tecnica, ma è parte integrante della Prefettura al pari delle altre divisioni, e quindi trovasi alla dipendenza assoluta e diretta di capi amministrativi, i quali per incompetenza o, meglio, per comodo, amano spesso affidare al tecnico la trattazione di ciò che sarebbe di spettanza del funzionario amministrativo.

Ed al riguardo non sempre potrebbesi escludere l'antagonismo di corpo, acuito nei gregari, se non nei capi stessi, da una certa animosità, causata dai privilegi, in fatto di orario e indennità, che la legge e la natura delle attribuzioni conferiscono ai funzionari tecnici, in confronto dei colleghi appartenenti alla categoria amministrativa: antagonismo, per cui i tecnici trovano meno cordiale e volenterosa cooperazione da parte dell'elemento amministrativo, a cui sono quin i obbligati anche per questo a sostituirsi. Raccontava un medico provinciale d'aver disimpegnato persino mansioni di segretario di gabinetto del Prefetto! Si comprende, come ciò possa essere avvenuto, volontariamente; ma, certo, lo stato di assoluta dipendenza dal Capo ufficio, col quale è in ispensabile conservare i più riguardosi rapporti, può bene giustificare ogni più strano confusionismo di mansioni, a scapito del retto funzionamento del servizio. G. F.

Per la riforma dell'assistenza ospedaliera.

La Sezione Provinciale Fiorentina dell'Associazione Nazionale dei Medici ospitalieri, nell'assemblea generale straordinaria tenuta il 30 agosto approvò un ordine del giorno con cui:

Considerate le gravi condizion economiche in cui gli Ospedali si trovano per gli aumenti inevitabili di spese già sostenuti e che dovranno sostenere per corrispondere degnamente alla loro missione;

tenuto conto che coll'elevare di continuo la retta di spedalità non si possono avere i proventi necessari — poichè ne segue diminuzione delle degenze — e che è necessario sgravare i Comuni della spesa ingente che per tale titolo sopportano;

sente il dovere di far rilevare che continuare nell'andamento attuale porta le amministrazioni ospitaliere alla rovina economica e ad inevitabile non lontana limitazione o sospensione della loro funzione per impossibilità di servizio di cassa;

fa voti che siano presi provvedimenti urgenti e radicali che portino pronto rimedio a tale stato di cose già difficilissimo e che sempre più si aggrava;

Domanda la sollecita istituzione delle *casse di assicurazione contro le malattie* regolata in modo da favorire l'ospitalizzazione degli assicurati per i vantaggi che essa presenta in confronto della cura domiciliare dal lato della terapia, della profilassi e dell'economia, e di più l'applicazione di tasse speciali, che diano i mezzi occorrenti per costruire nuovi ospedali, completare, rinnovare quelli esistenti;

ritiene necessario: il raggruppamento per ogni provincia di tutte le Opere Pie a carattere ospitaliero e il coordinamento dell'assistenza ospitaliera colla cura dei malati a domicilio affinchè scomparso il vecchio concetto di beneficenza l'ospedalizzazione si svolga con larghezza ed efficacia come provvedimento sociale favorendosi lo sviluppo degli ospedali già esistenti e l'apertura di nuovi ospedali in centri minori e disciplinandone il funzionamento sotto un'unica amministrazione provinciale e secondo l'indirizzo che un consiglio di tecnici per ogni provincia saprà imprimere colla voluta competenza.

Cronaca del movimento professionale.

Lega fra ufficiali medici della C. R. Italiana.

Allo scopo di tutelare gli interessi economici dei colleghi ufficiali medici della C. R. I., si è costituita in Torino, per inizativa di un gruppo di sanitari appartenenti all'Associazone, la *Lega degli Ufficiali Medici della Croce Rossa*, con sede in via dei Mille, 16.

Il sodalizio, che conta già fin dall'inizio un numero considerevole di aderenti, si propone:

1. di fare attiva propaganda fra tutti i colleghi dell'Associazione per costituire la Federazione Nazionale degli Ufficiali Medici della Croce Rossa Italiana;

2. di esaminare e studiare tutte le questioni

e controversie che potessero sorgere sia fra i singoli ufficiali medici ed i Comitati, sia fra questi e le collettività dei medici dell'Associazione, specialmente per ciò che si riferisce alle responsabilità economiche che l'Associazione vuole addossare agli ufficiali che ebbero funzioni direttive od amministrative durante la mobilitazione;

3. di studiare le opportune riforme da introdurre nell'Associazione per renderla più consona ai suoi scopi e più adatta al conseguimento di quelle nuove finalità che essa si prefigge nel campo sanitario e nelle opere di previdenza sociale; nonchè di studiare i mezzi più adatti per attuare le riforme auspicate.

La Direzione della Lega confida che il programma suesposto incontrerà l'incondizionata approvazione di tutti gli Ufficiali Medici della Croce Rossa e si mette a disposizione dei colleghi per tutte le informazioni e le spiegazioni del caso.

Consulenza medico legale
e Comitati tecnico-sanitarii pro combattenti.

Il Comitato Centrale dell'Associazione Nazionale Combattenti, con sede in Roma (Palazzo Venezia - Lato via S. Marco), ha diramato ai Delegati Regionali, alle Federazioni Regionali, agli Uffici di Assistenza, alle Sezioni e Sottosezioni, la seguente circolare:

« L'art. 41 dello Statuto accenna alla possibilità che in ogni capoluogo di Provincia si costituisca a spese comuni delle Sezioni consorziate un ufficio di assistenza, avviamento, cooperazione od altro servizio di comune interesse.

Ora, pur lasciando ai relativi Consorzi la facoltà di dare ai loro uffici le funzioni che meglio crederanno opportune all'ambiente provinciale, per la valorizzazione dell'Associazione e per la tutela degli interessi dei soci, la Giunta Esecutiva richiama l'attenzione dei compagni sulla necessità, che a coadiuvare l'azione dell'ufficio consorziale di assistenza, ecc. — oltre l'indispensabile *consulenza-medico-legale* che dovrà assistere e sostenere le eventuali ragioni, in materia sanitaria, dei soci che ne faranno richiesta — venga costituito un apposito *Comitato tecnico sanitario,* il quale dovrebbe assumersi i seguenti compiti:

1. Studio delle quistioni sanitarie della Provincia, avendo specialmente riguardo all'igiene delle abitazioni, delle scuole, degli opifici (case operaie, acquedotti, fognature, bagni popolari, ecc.), e popolarizzazione di quanto possa dimostrarsi utile per la formazione di una coscienza igienica nelle masse, che è base fondamentale di progresso morale per ogni popolo e di benessere fisico.

2. Controllo alle autorità governative e comunali, che si rende urgente, per la purtroppo constatata insufficienza di esse autorità nel realizzare le già scarse provvidenze che lo Stato ha disposto per alcuni dei più gravi problemi sanitari che la guerra ha reso imponenti: tubercolosi, malaria, malattie celtiche.

3. Lotta contro la tubercolosi, non chiusa nell'àmbito filantropico della cura degli infermi e relativa assistenza morale e materiale alle famiglie, ma intesa a combatterne le cause: lotta cioè che investa la politica delle abitazioni, del lavoro e dell'alimentazione.

4. Lotta contro la malaria, non solamente in quanto è manifestazione morbosa ambientale, o accidentale per effetto della guerra, ma, in quelle Provincie dove la malaria è un triste privilegio, con lo studio di quelle bonifiche agrarie che possano limitarne la gravità.

In sostanza, questi Comitati — per la formazione dei quali bisognerebbe fare appello a medici, ingegneri, agrarii, e nelle nostre fila ve ne sono di valorosissimi professionalmente — dovrebbero iniziare una vera e propria politica sanitaria che è torto dell'Italia vecchia, dei parlamentari che muoiono, di non aver fatto, e che sarà invece vanto dell'Italia nuova dei combattenti, di affrontare.

Le diversità ambientali delle nostre regioni, dovute a ragioni economiche, topografiche, culturali, purtroppo anche nel campo dell'igiene sociale hanno determinato disparità evidentissime che occorre attenuare.

I compagni iniziino quindi subito questo lavoro di ricostruzione.

La Giunta sarà lieta di aver comunicazione dei Comitati che si costituiranno, e fin d'ora, mentre si mette a disposizione dei compagni, per quella qualunque opera di integrazione che le si possa richiedere presso i poteri centrali, chiede ai più volenterosi e competenti quei suggerimenti che materia tanto complessa potrebbe consigliare ».

Protesta contro un concorso poco decoroso.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici ha diramato, or è qualche tempo, la seguente protesta:

« Il Prefetto della Provincia di Foggia ha pubblicato un avviso di concorso al posto di Sanitario presso la colonia dei coatti di Tremiti. A questo medico si offre nel concorso lo stipendio annuo di lire 2000 lorde, più 500 per indennità di disagiata residenza, più 300 per l'esercizio del-

l'armadio farmaceutico, più 200 come ufficiale sanitario (con avvertenza che queste 200 lire potranno essere tolte), più l'alloggio gratuito; vale a dire di sicuro l'alloggio e 2800 lire lorde!

Con questo largo stipendio il medico deve prestare l'opera sua ai coatti, al personale amministrativo e aggregato, ai militari e agli agenti della forza pubblica e dei corpi armati e a tutti gli abitanti liberi e di più oltre a tutti gli obblighi dalla Legge assegnati all'Ufficiale sanitario, « deve esaminare a richiesta del Direttore le sostanze alimentari e tutto ciò che può interessare l'igiene nei riguardi del vitto ai coatti ». Vale a dire, a meno che quell' « *esaminare* » non significhi « assaporare », il medico di Tremiti oltre fare colà il medico condotto a cura piena deve possedere un corredo di cognizioni teoriche e pratiche che non sono comuni nei medici e per acquistare le quali avrà dovuto spendere qualche po' di tempo dopo la laurea.

Molto probabilmente, e non è la prima volta, il concorso andrà deserto. Tuttavia questa Federazione si crede in dovere di protestare contro condizioni economiche che sono in modo assoluto indecorose e che non sarebbero più nè tollerate nè accette in un concorso dell'ultimo comunello dello Stato ».

Sindaci e Medici condotti nel circondario di Pavia.

Or è qualche tempo si sono riunite le Commissioni dei Sindaci e dei Medici del circondario di Pavia, per trattare in merito al memoriale presentato da questi ultimi.

Presenti una trentina di Sindaci, sotto la presidenza del cav. Castelli, la Commissione riferì sul suo lavoro in merito al mandato avuto in una adunanza anteriore.

Fu accettato il principio della trasformazione delle condotte piene in libere, ma attese le condizioni odierne, il provvedimento sarà attuato dalle future amministrazioni. È concesso intanto, e per 2 anni, 1919-20, l'aumento già assegnato ai salariati comunali, ossia del 150 % sulle prime 1000 lire, del 50 % sulle seconde, del 20 % poi sullo stipendio iniziale quale era nel gennaio 1915; più lire 2000 per chi ha l'obbligo di tenere il cavallo e L. 800 per chi non ha questo obbligo, e però percepisce indennità di trasporto.

L'assemblea dei Sindaci ratificò l'operato della Commissione.

Miglioramenti a sanitari condotti.

Il Comune di Certaldo (Firenze) ha concesso ai suoi medici condotti lo stipendio di lire 6000, oltre lire 2000 per indennizzo cavalcatura, lire 2000 per la condotta semi-residenziale e lire 1000 per lavoro oltre le 8 ore; per le levatrici ha fissato lo stipendio in lire 1500, aggiungendo lire 300 per indennizzo viaggi e altre lire 300 per disinfettanti.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli Ufficiali medici effettivi.

All'on. Caporali pervenne, tempo addietro, la seguente risposta scritta dall'on. Finocchiaro-Aprile ad una sua interrogazione:

« Gli ufficiali medici effettivi sono stati tutti mobilitati durante l'attuale campagna e quindi allontanati dalle loro abituali residenze.

« Quelli di essi che sono già rientrati in zona territoriale perchè richiamativi dal Ministero per ragioni di servizio o perchè smobilitati dal Comando Supremo, sono tornati in massima parte ai rispettivi centri di mobilitazione.

« Le assegnazioni definitive del personale di cui trattasi non sono state ancora fatte, ma esse verranno effettuate, a smobilitazione avvenuta, con determinazioni ministeriali da pubblicarsi sul *Bollettino Ufficiale*.

« In tale occasione si terrà giusto conto del servizio finora prestato da ciascun ufficiale medico e dei desideri dai medesimi manifestati, in modo che si possa avere una equa perequazione del personale sanitario dipendente compatibilmente con le esigenze di servizio.

« In quanto agli ufficiali medici di complemento mobilitati, che si trovano lontani dalle loro case nelle zone di occupazione, si fa presente che essi appartengono a classi trattenute alle armi e che non è stato finora possibile farli ritornare nelle loro abituali residenze per mancanza di personale sanitario col quale provvedere alla loro sostituzione. Ciò sperasi però poter presto effettuare utilizzando gli aspiranti medici neolaureati, man mano che questi si rendono disponibili per ultimati esami.

Gli Ufficiali medici superiori.

All'on. Caporali il Sottosegretario di Stato Finocchiaro-Aprile ebbe a rispondere quanto appresso:

« Il numero degli ufficiali medici superiori presentemente addetti alle Direzioni di sanità militari territoriali non può ritenersi esuberante tenuto conto della mole di lavoro che, nel momento attuale, affluisce agli uffici di cui trattasi e che riguarda la smobilitazione del personale sanitario, la trattazione di pratiche medico-legali, i servizi di profilassi igienica dei corpi d'armata, la compilazione delle statistiche sanitarie, ecc.

« I servizi di cui trattasi, che sono in massima parte tecnico-sanitari, non possono essere disimpegnati da semplici sottufficiali, bensì da ufficiali medici di carriera ed anziani, aventi lunga esperienza dello speciale servizio sanitario militare ».

Le condizioni degli ospedali di Napoli.

Ad una interpellanza dell'on. Cucca « sulle deplorevoli condizioni degli ospedali napoletani e sulla mancata assistenza alle classi povere, e circa i mezzi per migliorarne le condizioni », l'on. Grassi, sottosegretario di Stato per l'interno, ha risposto che è già redatto un progetto per dedicare un nuovo palazzo, da scegliersi fra quelli smobilitati, alla formazione di un nuovo ospedale, per gl'infermi che vengono dalle provincie; che recentemente sul fondo di cui il Ministero dispone in virtù del decreto luogotenenziale 30 ottobre 1918, n. 1452, che riguarda i proventi delle tasse sui cinematografi, sono stati concessi ai diversi ospedali di Napoli sussidi per una somma complessiva di 355,000 lire; che presso il Sottosegretario di Stato per gli approvvigionamenti è allo studio un progetto per approvvigionare gli ospedali di Napoli; che il Ministero dell'interno darà tutto il suo consenso e il suo appoggio alla soluzione del problema ospedaliero di Napoli.

L'on. Cucca, replicando, ha rilevato che i tre ospedali raggruppati, per effetto della convenzione Cavasola — l'ospedale della Pace, quello di Gesù e Maria e quello degli Incurabili — hanno in questo momento 500 letti appena, mentre prima della convenzione il solo Incurabili poteva fornirne 1300, di modo che le deficienze si sono acuite. Non basta: il povero che oggi entra negli ospedali deve versare 4 lire al giorno; e siccome alcune malattie durano mesi e mesi, si tratta di determinare gravi dissesti nelle famiglie. Mentre l'amministrazione ospedaliera grava sul bilancio delle povere Opere Pie, il corpo sanitario e il corpo degli infermieri sono pagati in modo derisorio; non così i diversi segretari e vice-segretari che ingombrano gli ospedali. Ricorda che abbiamo avuto nel passato inverno tre epidemie, dell'influenza, del vaiuolo e del tifo petecchiale, fronteggiate in condizioni assolutamente deplorevoli. Infine rileva che il Ministero della guerra ha sostenuto spese ingenti per stabilire vicino a Pozzuoli un tubercolosario, che ora passerebbe al Municipio o al Ministero dello interno; esso sorge vicino ad un grande stabilimento metallurgico i cui vapori solfurei possono aggravare le condizioni dei malati. Invoca provvedimenti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7963) *Contributo per orfani Convitto Perugia.* — Dott. R. C. da M. S. G. Il medico militare all'atto del congedamento, rientrando nella propria residenza è tenuto a pagare il contributo annuale, anche arretrato, dovuto pel mantenimento degli orfani nel Convitto di Perugia, perchè tale contributo è a carico di tutti indistintamente, i sanitari, sieno essi a servizio dello Stato, sieno a servizio di Comuni. Essendo la tassa, come si è detto, dovuta, non si può sfuggire, in caso di morosità, al sequestro dei beni mobili del debitore.

(7964) *Congedo annuale - Aspettativa.* — Dottor G. L. da C. Non avendo compiti che solamente tre mesi di servizio dal suo ritorno in servizio dopo l'aspettativa di due anni, non ha ancora diritto al congedo. Potrà chiederlo nell'anno prossimo dopo che avrà prestato almeno un semestre di servizio.

(7965) *Obbligo di cura nell'ospedale - Estensione.* — Dott. F. B. da S. G. I. Dal momento che per capitolato Ella ha obbligo di prestare servizio nel locale ospedale, deve eseguire tale prestazione senza inquirere sulla qualità dei degenti, se, cioè, poveri del luogo o militari. Opposizione si sarebbe potuta sollevare solo nel caso che il capitolato avesse limitato l'obbligo di servizio nell'ospedale ai soli poveri del Comune. Non essendovi tale espressa limitazione, l'obbligo del sanitario deve estendersi a tutti coloro che per qualsiasi causa sono ricoverati nel nosocomio. E poichè il Comune, forse in base a convenzione intercorsa con l'opera Pia, ha fatto obbligo al proprio sanitario di prestar servizio nell'ospedale, naturalmente questa ultima viene esonerata dall'obbligo di pagare un sanitario proprio.

(7966) *Indennità caro-viveri - Ufficiale sanitario.* — Dott. A. M. da S. R. L'ufficiale sanitario non riscuote indennità caro-viveri perchè non è impiegato municipale, e non percepisce stipendio ma una semplice indennità.

(7967) *Capo di Laboratorio batteriologico - Ufficiale sanitario. - Età utile per prendere parte al concorso.* — Dott. G. T. da V. Il capo del laboratorio batteriologico non può essere nominato capo dell'ufficio d'igiene e, quindi, ufficiale sanitario, senza sostenere il concorso di cui è parola nell'articolo 72 del vigente regolamento generale sanitario. Fra i due uffici non vi è concomitanza essendo fra di loro diversi per titolo e funzione e non è, pertanto, ammissibile il passaggio dall'uno all'altro mediante semplice deliberazione consiliare o provvedimento prefet-

tizio. L'età di anni 45 deve possedersi alla data della pubblicazione dell'avviso di concorso. La sospensione dei concorsi disposta durante lo stato di guerra non può alterare tale estremo, ovvio essendo che un fatto posteriore non può essere modificato da elementi anteriori e che, quando esso si verifica, non han più ragione di esistere perchè decaduti e senza influenza.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Trasferimenti. — Levi Giuseppe, ordinario di anatomia umana, da Palermo a Torino;

Magnanimi prof. Roberto, ordinario di medicina legale, da Modena a Pavia.

Ordinariati. — Chiavaro Angelo, di odontoiatria a Roma (rallegramenti sentiti);

Di Cristina Giovanni, di clinica pediatrica a Palermo.

Il Prof. Davide Giordano, chirurgo primario dell'Ospitale civile di Venezia, venne nell'adunanza ordinaria del 15 giugno u. s., dal Reale Istituto veneto di scienze, lettere ed arti, nominato membro effettivo.

È questo un giusto riconoscimento dei meriti scientifici e tecnici del prof. Giordano che già da 25 anni dà la sua attività come operatore, come insegnante, e come cittadino alla sua seconda patria — Venezia — recandole lustro e decoro.

Congratulazioni. J.

CONDOTTE E CONCORSI.

FILADELFIA. — *Collegio dei medici.* — Premio Alvarenga, di dollari 250 circa; scadenza 1º maggio 1920, assegnazione non oltre il 14 luglio 1920.

Possono concorrere lavori di medicina non pubblicati. Debbono essere dattiloscritti, in inglese o accompagnati da una traduzione inglese. Motto sul lavoro ripetuto in busta chiusa contenente il nome e l'indirizzo dell'autoro.

Per il 1919 il premio non è stato assegnato.

Rivolgersi al dott. Francis R. Packard, Secretary of the College of Physicians, 19 Sout *22 d* Street, Philadelphia, Pa. (S. U d'A.).

Giovane medico — esperto ostetrico — cerca per il 1º novembre buon Interinato o Condotta, o posto d'assistente in un Ospedale.

Scrivere dott. Franco Parisi, Bitonto (provincia di Bari).

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CONDOTTI.

Uffici di collocamento.

Bologna: presso la sede della Sezione Bolognese, Archiginnasio.

Milano: presso la Presidenza centrale, via Dogana, 2 (per la Lombardia);

Verona: presso l'Ordine dei Medici, Stradone Super Maffei 10 (per il Veneto).

Chiedere condizioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Lega Nazionale contro la tubercolosi.

La Giunta esecutiva della Lega Nazionale contro la tubercolosi, con deliberazione del 19 dicembre 1918, nominava una commissione per concretare un nuovo piano di lotta antitubercolare.

La Commissione ha pubblicato nel giugno u. s., una relazione, in cui propone che la Lega restringa e intensifichi la sua azione nel terreno pratico della lotta antitubercolare in Roma, accentrando le sue forze nel Comitato romano. A facilitare l'opera di questo Comitato e a svolgere il suo nuovo programma d'azione, verrebbe costituito un organo tecnico, rappresentato dall'Ufficio centrale antitubercolare, convenientemente ampliato e più solidamente finanziato. Infine la relazione traccia tutto un programma complesso ed organico di lavoro, nel campo profilattico ed assistenziale e per il collegamento fra le diverse istituzioni locali esistenti e che sorgeranno.

Consorzio dei Dispensari antitubercolari della provincia di Milano.

L'Ufficio Provinciale del Lavoro di Milano ha approvato lo statuto del Consorzio dei dispensari antitubercolari della Provincia ed un regolamento-tipo dei dispensari.

Ha inoltre proceduto alla nomina del Consiglio Direttivo Provvisorio del Consorzio nelle persone del deputato Cavazzoni, del sindaco di Busto Arsizio e dei dottori Tarchetti, Salvioni, Ronzani, Crespi, Banfi, Fornaroli, Pampana, Casazza e Perego.

Ha preso nota con compiacimento che i dottori Bonardi e Fiorani e la dottoressa Negri hanno tenuto 135 conferenze nei Comuni della Provincia, sulla profilassi e la cura della tubercolosi, col sussidio di proiezioni luminose, di materiale didattico, ecc.

VII Congresso Internazionale di elettrologia e radiologia.

È indetto a Parigi per l'agosto 1920, sotto la presidenza del dott. Oudin.

Per la riforma degli studi universitari.

S. E. il ministro della I. P., on. Baccelli, per portare a compimento l'opera iniziata dai suoi predecessori per la riforma degli studi universitari, ha nominata una Commissione, così composta: sen. prof. Vito Volterra, sen. prof. Giulio Fano, on. prof. G. B. Queirolo, prof. Pietro Bonfante, professor Luigi Ceci.

Alla Commissione è conferito il compito di presentare proposte, concrete e precise, sulla base delle osservazioni e notizie che le Facoltà hanno presentate al Ministero in questi ultimi mesi, dopo la pubblicazione già fatta del piano di riforma elaborato dal Consiglio superiore.

Per l'insegnamento superiore in Francia.

Il Ministero francese dell'Istruzione ha chiesto al Parlamento un credito di 126 milioni di franchi per riordinare le università. Di essi, 28 milioni verranno assegnati alla Facoltà medica

di Parigi, che riceverà anche una dotazione annua di 500.000 franchi. Si stanno ricercando le aree dove costruire i nuovi Istituti, che dovranno essere pronti fra 4-5 anni.

La Repubblica di S. Marino per la Croce Rossa.

Il Grande Consiglio Generale della Repubblica di San Marino ha decretato l'emissione di seicento mila francobolli postali con l'aggiunta di 5 centesimi a benefizio delle Croce Rossa italiana, il che porterà un utile di 30.000 lire alla umanitaria istituzione.

Calendario della C. R. I. pel 1920.

Il Comitato centrale della Croce Rossa Italiana darà inizio, a partire dal 1920, alla pubblicazione del *Calendario della Croce Rossa Italiana,* sul tipo del « Calendario della salute » pubblicato l'anno scorso.

Tale pubblicazione, mentre servirà come mezzo di propaganda nell'interesse dell'Associazione, varrà a tener desto nei cittadini il senso di amor patrio, e a diffondere nel popolo, con opportune massime e adatti consigli inseriti nei foglietti giornalieri, i principii di una sana educazione civile.

L'edizione, in 500.000 copie, su materiale di lusso, è stata affidata a rinomati stabilimenti di arti grafiche.

Ogni esemplare costa L. 5; il tipo di lusso L. 15; quello di gran lusso L. 50.

Inviare le richieste di prenotazioni al Comitato Nazionale rifiuti archivio (Roma, via Maschera d'Oro 20 p. p.) al quale dalla C. R. I. è stata affidata la diffusione ed amministrazione del Calendario.

Beneficenza.

L'industriale Fausto Piazza, presidente della Società Magazzini Generali ed Industrie diverse di Milano, ha elargita la preventivata somma di mezzo milione per la costruzione in Castelfranco Emilia (provincia di Modena), sua patria, di un grandioso ospedale capace di 150 letti.

Alla cerimonia della posa della prima pietra hanno preso la parola il commissario prefettizio del comune di Castelfranco, il prefetto, il professor Silvagni, presidente dell'Ordine dei medici, oratore ufficiale. Rispose il donatore, dicendosi lieto di aver potuto egli, lavoratore, mettere a disposizione dei suoi concittadini meno favoriti di lui dalla fortuna, il frutto delle sue fatiche.

La famiglia Rossi di Casalpusterlengo, ad onorare la memoria dei figli da non molto rapiti al suo affetto, ha deciso di assumere interamente a suo carico l'erezione di un nuovo ospedale medico-chirurgico, mettendo intanto a disposizione del Comune 250,000 lire.

Per onorare la memoria del tenente Piero Carlo Piaggio, i frateli Piaggio di Genova hanno elargito 800,000 lire per l'erezione di un ricovero destinato ai figli di Mutilati di guerra della Liguria e della Sardegna.

Il conte Roberto d'Ayala Valva ha elargito 100 mila lire all'Ospedale Civile di Taranto.

Il dott. Giovanni Rizzi, già medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, al quale donò altra volta L. 100,000, ha ora elargito L. 300,000 circa agli Istituti Clinici di perfezionamento per la fondazione di un Istituto di chimica biologica e L. 500,000 all'Ospedale Maggiore.

La signorina Jenny Agata di Ermenda, che aveva già elargito 100,000 lire per gli Invalidi di guerra, ha distribuito altre 80,000 lire per gli orfani di guerra del comune di Ranica e del primo e secondo mandamento di Bergamo.

Per onorare la memoria dell'unico figlio, morto nel fiore degli anni, il signor Gaspare Vannicola di Offida ha ceduto a quella Congregazione di Carità un suo villino in riva al mare per istituirvi una colonia estiva per i bambini del popolo bisognosi di cure marine.

È stato inaugurato a Massa un orfanotrofio fondato dalla munificenza del conte Lombardo, capace di ospitare 200 bambini.

Per la cura delle ferite del volto.

Il Comitato nazionale americano ha donato oltre lire 160,000 alla Croce Rossa Americana per la fondazione di un ospedale americano per la cura delle ferite al volto e alle mascelle.

Corso di oftalmologia.

Il prof. F. De Lapersonne, direttore della Clinica oftalmologica dell'Hôtel-Dieu alla Facoltà di Medicina di Parigi, assistito dal prof. Terrien, dai dottori Velter, Prelat, Monbrun, capi di Clinica e di Laboratorio, inizierà un Corso di perfezionamento martedì 14 ottobre, alle ore 16, nell'Hôtel-Dieu.

Il Corso, completo in 16 lezioni, si terrà tutti i giorni; comprenderà lezioni, esami clinici ed esercizi pratici. I medici e studenti, francesi e stranieri, che intendessero frequentarlo, dovranno farsi iscrivere alla Segreteria della Facoltà di Medicina. Tassa di 50 franchi.

Agli uditori di questo Corso sarà rilasciato un certificato.

Assoluzione del prof. sen. Gatti.

Il Senato, in funzioni di Alta Corte di giustizia, ha emanato sentenza di completa assoluzione dall'accusa fatta al senatore Gatti di avere, con un'errata operazione chirurgica, causata la morte d'un degente nella Clinica da lui diretta in Firenze. La sentenza — che viene a confermare il responso dato dalla Commissione ministeriale, che già si occupò delle accuse — escluse in modo assoluto anche gli addebiti d'ordine amministrativo fatti all'onorevole Gatti quale direttore della Clinica.

Per onorare la memoria del prof. Marchesi.

Il Pio Istituto di Santo Spirito e degli Ospedali Riuniti di Roma, nell'ultima adunanza del Consiglio d'amministrazione, ha deliberato con voto unanime e solenne che, per onorare la memoria dell'illustre e compianto prof. Giulio Marchesi, fosse a lui dedicata e intitolata una corsia dell'erigendo ospedale della Vittoria. Oltre ciò, e siccome il prof. Marchesi esercitò lungamente il suo ufficio di Primario nella Corsia Baglivi dell'Ospedale di S. Spirito, il Consiglio, dietro proposta del presidente comm. Lusignoli, ha deliberato che nella corsia stessa sia apposta una lapide commemorativa.

In memoria del Prof. F. MARIANI.

Il mese scorso si spense a Genova repentinamente, a 52 anni, il prof. FILIBERTO MARIANI, supplente di Clinica medica generale alla R. Università.

Il Mariani si era laurato a Roma nel 1893, e quindi si era trasferito qui, dove il Maragliano (al quale era stato raccomandato da Guido Baccelli) l'aveva accolto paternamente nella propria scuola. Rapidissima ne fu la carriera: assistente, aiuto, libero docente di patologia e poi di clinica, si era recato ad un corso di perfezionamento nell'istituto dei professori Bouchard e Charrin a Parigi. Riuscì primo negli esami di concorso alla cattedra di patologia e clinica medica nella libera università di Perugia, dove dettò un corso di lezioni. Dopo la breve permanenza in quella città, fece ritorno alla sua diletta Genova, che ormai era diventata la sua patria di elezione, sebbene fosse nato a Norcia.

A Genova il Maragliano lo nominò allora suo supplente, e fu un efficace cooperatore del maestro, presso il quale spese gran parte d'attività nell'insegnamento, e nell'esercizio dell'arte, prediligendo in special modo gli studi della *cardiologia clinica,* in questi ultimi anni.

Fondò il *Refugium Cordis,* una casa di cura per le malattie del cuore, nonchè un giornale destinato a dare incremento e diffusione agli studi cardiologici.

Conoscitore della tecnica istrumentale della moderna cardiologia, era diventato competente in materia, come di recente dimostrò in conferenze ascoltatissime tenute a Modena ed a Milano. Il suo istituto privato stava per subire, a giorni, radicali trasformazioni ed innovazioni importanti, quando la morte improvvisa e crudele venne a troncare l'esistenza del tenace lavoratore.

Oltre che per numerose monografie sopra argomenti diversi di clinica e patologia medica, il Mariani è particolarmente noto per aver saputo condensare e raccogliere in una serie di ripetute edizioni (sempre ampliate e migliorate) le cognizioni più salienti e importanti, che riflettono lala Medicina Interna, la Terapia Clinica, e la Tecnica Medica.

Sono dessi tre manuali ormai diffusissimi e ovunque conosciuti, che rappresentano una trilogia didattica e costituiscono un *vade-mecum* agli studiosi della medicina. A questi tre volumi vanno aggiunti il manuale della semeiotica e « la cura del cuore », che vanta uno straordinario successo.

La clinica ha pertanto perduto un insegnante fecondo e apprezzato, la società ha perduto un medico provetto e operoso, che rese servigi inestimabili a chi soffre e geme.

Aveva egli pur prestato servizio di ufficiale medico della Croce Rossa Italiana in zona d'operazione e di guerra della terza Armata, durante il primo anno di guerra contro l'Austria.

Il Mariani era, nel suo complesso, uno spirito buono, un animo aperto, e lo dimostrava accorrendo sempre dove erano sventure o dolori.

Ce ne ricordiamo ancora la figura bonaria, sorridente quando accogliendoci nello studio, tra libri e apparecchi ci additava i ritratti di tre maestri: Baccelli, Bouchard, Maragliano; ai quali portava venerazione e gratitudine somma.

Povero Mariani! al cordoglio degli amici, dei colleghi, partecipiamo commossi noi, che con lui avemmo dimestichezza e famigliarità di studi, alle quali non fecero ombra le opposte tendenze sia in materia di metodo, sia in materia d'arte, assurgendo talvolta a private discussioni pur vivaci, ma sempre poi definite con reciproca benevolenza.

Povero Mariani! per il passato ci trovammo insieme a Lione, e con lui e con il Maragliano ed altri ci eravamo recati per un tributo d'affetto al cimitero presso il sepolcreto di Saturnino Arloing. Dinanzi alla tomba alcuni dei presenti ebbero il volto rigato di lacrime; il Mariani era pallido e commosso ed osservava, quasi impietrito.

Caro Massini, si confidava in quell'ora, dopo la morte di Maria, la mia unica e adorata figlia, io non ho più lacrime, per quanto soffra forse più degli altri che piangono......

L'episodio svela l'anima sensibile e buona dell'uomo, che aveva parvenze di scettico.

Commoventi, semplici, mesti ne sono stati i funerali; senza pompe, senza fiori, senza discorsi. Così volle l'Estinto; e così lo piansero e a lui fecero onore quanti lo conobbero e amarono

Genova, 24 settembre 1919.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI *Roma, 7 settembre 1919* **Fasc. 36**

(Pubblicato il 10 ottobre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'ulcerazione e perforazione del setto nasale da cromo e cromati

per il prof. ARISTIDE RANELLETTI.

Tra le malattie strettamente professionali v'ha l'ulcerazione e perforazione del setto nasale da cromo e cromati. Questa lesione è caratteristica del cromo e dei composti cromici, come la necrosi del mascellare è caratteristica del fosforo: e può essere unico sintoma del cromismo professionale.

Le statistiche di Hermann (1900) ci dànno 204 malati su 257 operai = 79 %; dei quali con sole ulcerazioni 107 = 52 %; e con perforazione del setto 87 = 48 %; quelle più recenti del Lehmann accertano la lesione nel 70 % degli operai (Carozzi).

Noi abbiamo avuto occasione, durante la guerra, in qualità di medico ispettore del lavoro presso il Comitato di mobilitazione industriale per l'Italia centrale, di osservare parecchi casi di detta lesione in una fabbrica di clorato di sodio, nella cui fabbricazione, per elettrolisi, si adoprava bicromato di potassio.

Su 69 operai, di cui un terzo donne, 38 sono stati da me visitati, e di essi si trovarono 25 con ulcerazione del setto nasale, di cui 4 con perforazione completa. Degli altri 31, già visitati dal medico di fabbrica dott. Masci, 14 erano stati pure trovati affetti da ulcerazione del setto nasale, e di essi 2 con perforazione completa.

Sicchè in totale si ebbero 38 casi di ulcerazione del setto nasale su 69 operai, ossia il 56.5 %; di essi 6, ossia il 15.7 % dei colpiti, e l'8.6 % del totale degli operai, ebbero perforazione completa. Cifre cioè più basse di quelle delle statistiche tedesche; ciò che può dipendere dalle misure profilattiche individuali suggerite per tempo agli operai.

Ecco alcune delle osservazioni personali:

REPARTO ELETTROLISI. — *Uomini*. - Ve ne sono addetti 3, pei lavori più faticosi, come di trasporti dei materiali, ecc. Da essi 2 sono stati trovati affetti da ulcerazione del setto nasale.

P... V..., anni 16; dopo circa 3 mesi dall'inizio del lavoro comincia ad avere emissione di sangue dal naso, Si nota un'ulcerazione bilaterale, superficiale a sinistra, più accentuata a destra, nella parte inferiore anteriore del setto cartilagineo nasale, di colorito bianco-grigiastro, rotondeggiante, del diametro di 3 millimetri; essa non dà alcun disturbo al malato.

F... F..., anni 25; da 5 mesi in detto reparto. Non ha nessun disturbo nasale.

Rilevasi invece un'ulcerazione bilaterale; superficiale a destra, profonda a sinistra, di forma ovalare, col maggior diametro di 2 centimetri, di

colorito bianco-grigiastro: come nel caso precedente, la lesione si è svolta inavvertitamente pel malato.

Donne. – M... M..., anni 26; in servizio da 5 mesi: rilevasi una lieve superficiale ulcerazione bilaterale, del diametro di 5 millimetri.

R... E..., anni 22; in servizio da 5 mesi. Nessun disturbo nasale, piccola e superficiale ulcerazione del setto nasale, lato destro.

REPARTO CONCENTRAZIONE. — *Uomini.* – P... A..., di anni 24; dopo 2 mesi dall'inizio del lavoro cominciò ad avere scolo di muco sanguinolento dal naso. Alla visita fatta nel mese successivo si riscontra un'ulcerazione nella parte inferiore del setto cartilagineo, bilaterale, bianco-grigiastra, superficiale a sinistra, un po' approfondita a destra, rotondeggiante, del diametro di quasi mezzo centimetro, con bordi irregolari, che è inavvertita al malato.

S... A..., anni 25; dopo 3 mesi ulcerazione iniziale, bilaterale, più accentuata a destra, senza alcun altro disturbo subiettivo od obbiettivo.

G... F..., anni 33, e S... S..., di anni 35, assenti all'epoca della visita, hanno perforazione completa del setto cartilagineo del naso, coi caratteri di cui nei casi seguenti.

Donne. – F... T..., anni 22; in servizio da 10 mesi: dopo soli 4 giorni dal servizio avvertì bruciore al naso, con secrezione di muco; e si notò una piccola superficiale ulcerazione del setto nasale, dal lato sinistro.

S... A..., di anni 25; dopo due mesi di servizio secrezione purulenta dalle narici: a sinistra una lieve superficiale ulcerazione bilaterale del setto nasale, del diametro di 8 millimetri.

S... P..., anni 18; in servizio da tre mesi, ha lieve secrezione di muco; si rileva ulcerazione del setto nasale bilaterale, specie a sinistra.

P... E..., anni 17; in servizio da un anno; dopo un mese pizzicore al naso, e secrezione di muco: all'epoca della visita (un anno dopo l'inizio di detti disturbi) si rileva perforazione del setto nasale, nella parte inferiore anteriore; forame di forma circolare, del diametro di 1 centimetro, con bordi netti e spessi 2-3 millimetri, di colorito roseo-pallido.

C... R..., anni 17; in servizio da 14 mesi: dopo un mese dall'inizio del lavoro segni del comune raffreddore di naso, con secrezione di muco sanguinolento; nessun dolore: dopo 3 mesi da questi disturbi, già presenta perforazione del setto nasale, nella parte inferiore anteriore, di forma ovalare, diametro circa 1 cm.; bordi netti e pallidi come sopra.

V... L..., anni 20; in servizio da 2 mesi: non accusa alcun disturbo nasale. Notasi un'ulcerazione bianca, in ambo i lati del setto nasale, specie a destra, di forma oblunga, (già soffrì di eczemi alle mani e agli avambracci).

***

L'ulcerazione si è potuta rilevare in stadi diversi di evoluzione.

Si è riscontrata generalmente nella parte inferiore del setto cartilagineo, più spesso nel mezzo, pochi millimetri al di sopra del setto membranaceo, formato dal comune tegumento (fig. 1-2); in altri casi nella parte inferiore anteriore, o nella parte media posteriore come nella fig. 4. Colpisce ora il lato destro, ora il sinistro del setto, più spesso è bilaterale. La mucosa si presenta dapprima iperemica, poi assume un colorito bianco-grigiastro, come di fango, costituendo una macchia bianco-grigiastra, superficiale, di forma rotondeggiante o sfrangiata, di dimensioni variabili, da quella di una capocchia di spillo, a quella di uno a due centimetri di diametro (fig. 1, 2, e seg.).

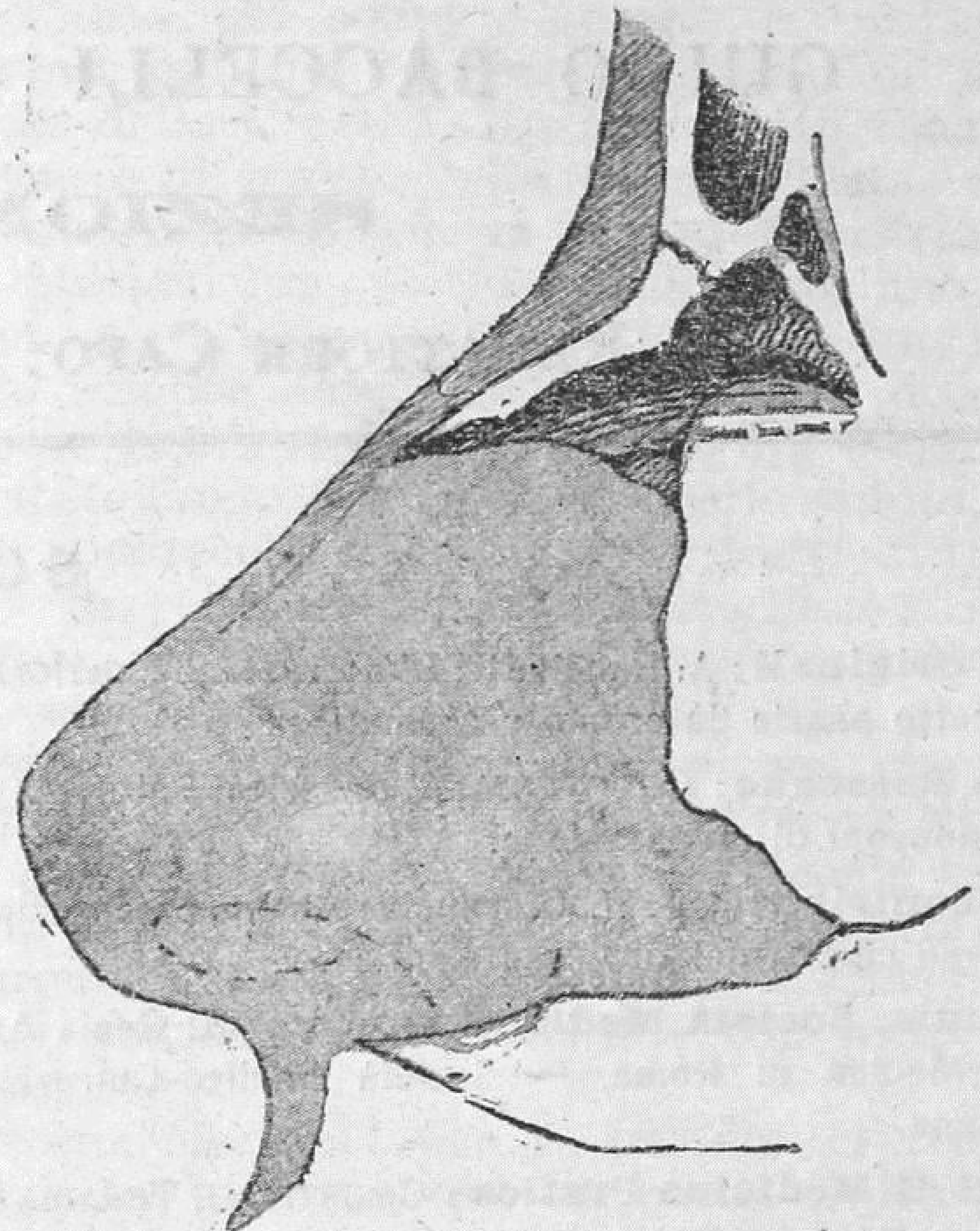


Fig. 1. — Ulcerazione iniziale.



Fig. 2. — Ulcerazione progredita.

Poi la macchia si approfondisce, dando l'aspetto di un'escavazione, sempre di colorito bianco-grigiastro, nello spessore della mucosa e della cartilagine: finchè si può arrivare all'usura totale della

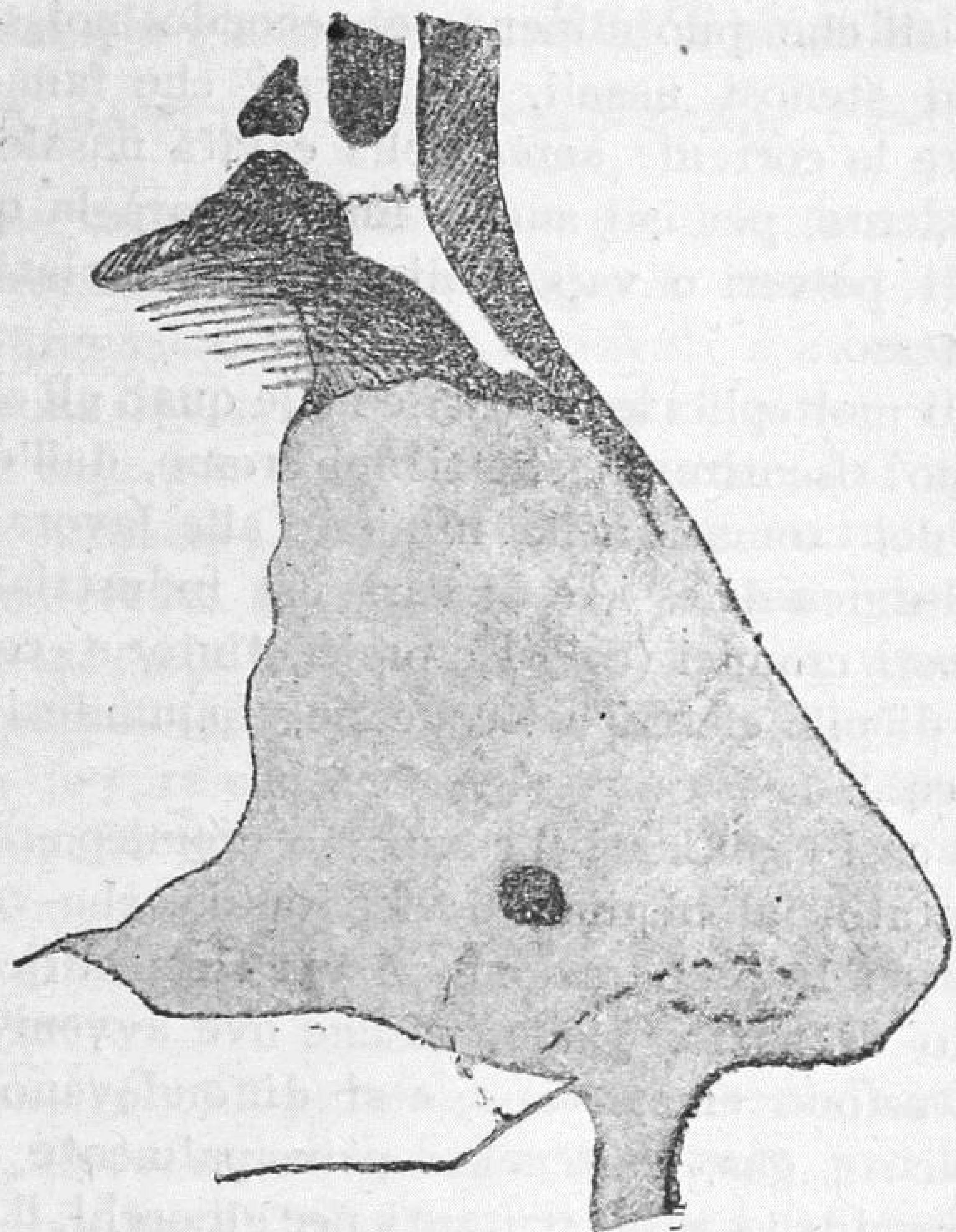


Fig. 3. — Principio di perforazione.

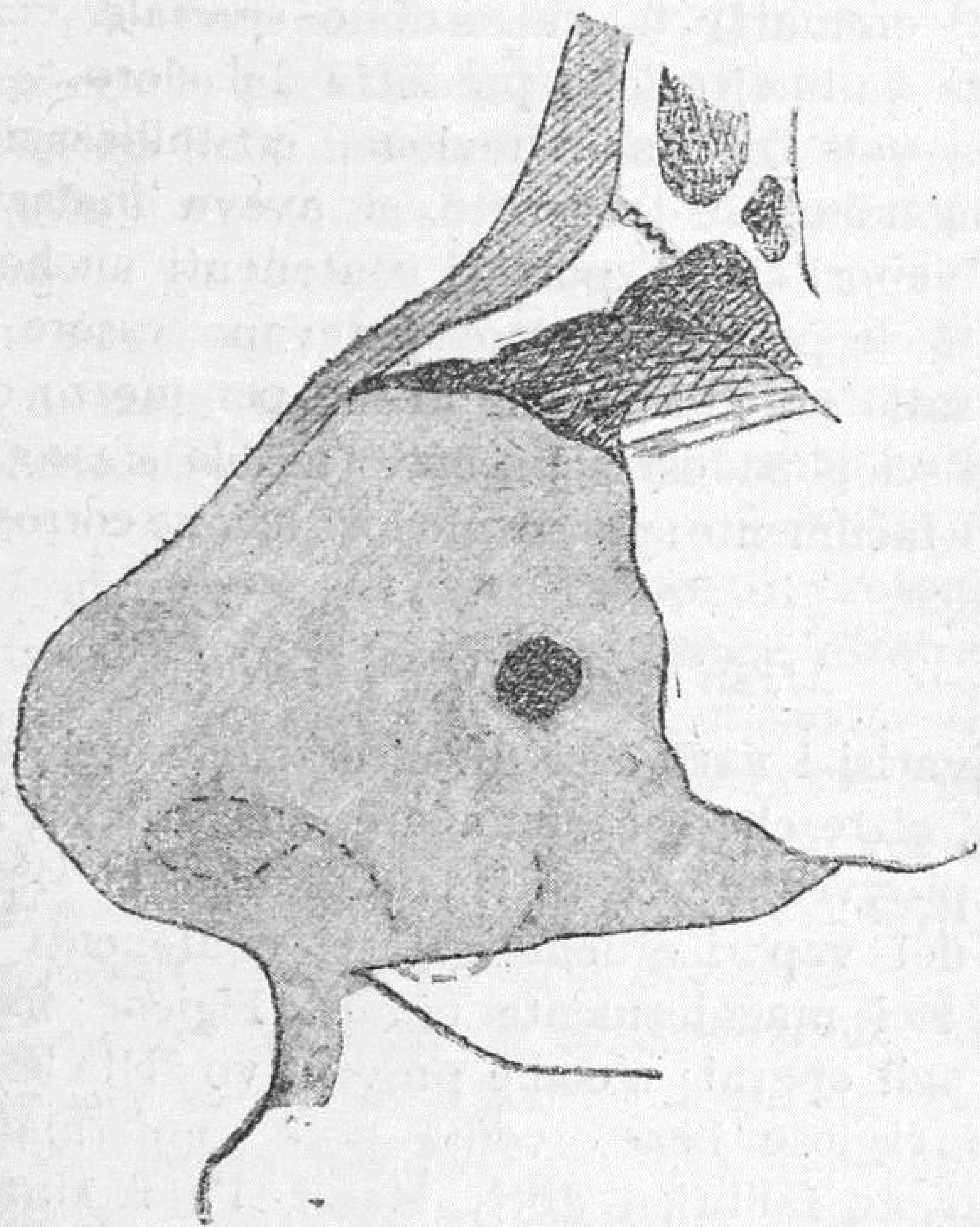


Fig. 4. — Perforazione completa.

mucosa e della cartilagine, e quindi alla perforazione completa del setto (fig. 4, 5).

In questo caso si osserva un forame del setto cartilagineo, più spesso nella parte inferiore e media (come si disse per l'ulcerazione) (fig. 5); talora nella parte inferiore anteriore, talaltra nella parte mediana posteriore (fig. 4).

Il forame è di forma circolare, od ovalare, di diametro da circa mezzo centimetro, ad un centimetro e un centimetro e mezzo, coi bordi netti, lisci, dello spessore di 2-3 millimetri, e di colorito roseo-pallido. Tanto intorno all'ulcerazione, quanto intorno alla perforazione, non si nota reazione infiammatoria.

Il colorito bianco-grigiastro, come di fango, della mucosa, e la successiva distruzione, interessante anche la cartilagine, si devono ad un processo di necrosi, che dall'epitelio della mucosa si estende ai tessuti sottostanti; le parti mortificate si eliminano, senza essere sostituite da un altro tessuto normale, o cicatriziale, donde la perforazione permanente.

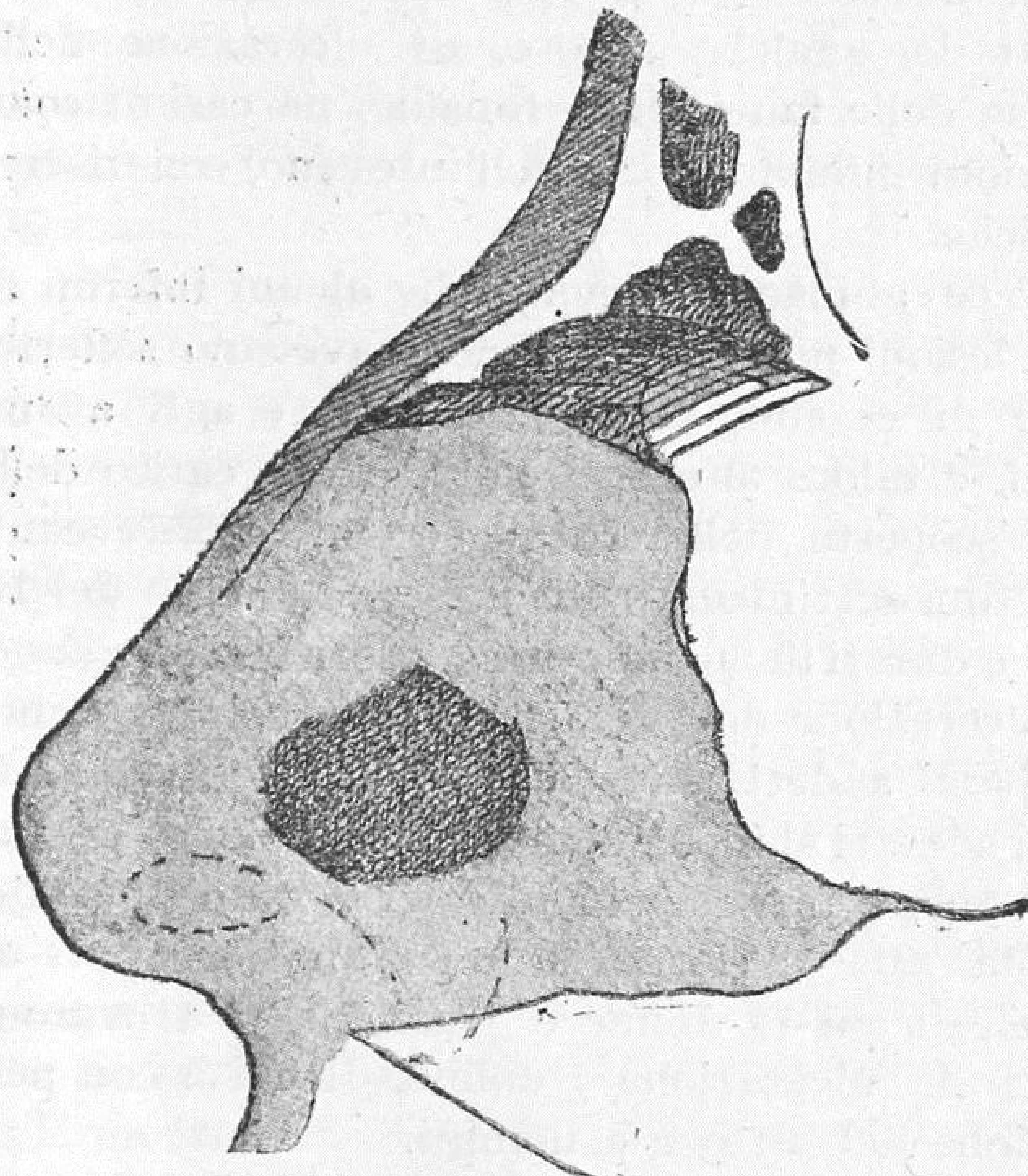


Fig. 5. — Perforazione completa.

L'ulcerazione, come la perforazione, non si accompagnano a speciali disturbi subbiettivi; esse si svolgono senza alcuna reazione dolorifica, ma subdolamente, senza che il malato se ne accorga: il primo caso di perforazione infatti, fu scoperto fortuitamente dall'infermiera addetta all'ambulatorio: fu allora che, richiamatasi l'attenzione del sanitario, e visitatisi gli altri operai, se ne trovarono già molti affetti da ulcerazione del setto nasale, in stadî diversi di evoluzione, e qualcuno da perforazione completa, senza che essi se ne fossero accorti.

E non solo nel periodo di sviluppo, ma anche in quello di stato, ulcerazione e perforazione, non dànno disturbi nè consegnenze speciali; per cui anche la perforazione rimane più come una semplice deformazione estetica, che come alterazione fisiologica.

Ma se l'ulcerazione e la perforazione non dànno speciali segni di sè, va rilevato che mentre in alcuni casi i pazienti non hanno alcun altro di-

sturbo nasale, per modo che l'ulcerazione del setto può scoprirsi solo casualmente, più spesso invece essa è preceduta e accompagnata dai sintomi di una sinite caterrale acuta o subacuta, con arrossamento della mucosa nasale, senso di aridità e vellicamento, talora seguito da starnuti, e con secrezione mucosa, o muco-purulenta. Alle volte l' infiammazione colpisce anche le congiuntive, dando arrossamento di esse e lagrimazione.

Questi sintomi di catarro nasale si sono manifestati di solito dopo 1-2 mesi dall'inizio del lavoro: in qualche caso anche dopo pochi giorni; l'ulcerazione del setto segue a detti sintomi a distanza di qualche settimana: e dopo qualche mese già si può avere la perforazione del setto.

Non abbiamo riscontrato alcuno dei rari casi, riferiti da qualche autore, di ulcerazione della mucosa delle fauci, delle tonsille, nè casi di complicazioni infiammatorie dell'intestino, con diarree e coliche.

Invece abbiamo rilevato che alcuni infermi di dette lesioni nasali soffrivano, o avevano sofferto, anche di eczema secco alle mani e agli avambracci, e talora anche al collo, cioè a carico delle parti scoperte della cute: eczemi sopravvenuti dopo una settimana o un mese dall'inizio del lavoro, e durati in media 2 mesi, talora circa un anno.

L'ulcerazione del setto nasale ha colpito tanto gli operai addetti alla sala dell'elettrolisi, quanto quelli addetti al reparto di concentrazione, cristallizzazione, e prosciugamento del clorato di sodio.

Nella sala d' elettrolisi ov' erano occupati 15 operai, di cui 12 donne e 3 uomini, si trovarono affetti da ulcerazione 7 donne, di cui 2 con perforazione del setto e 2 uomini.

Nel reparto concentrazione, cristallizzazione, ecc., ov'erano occupati circa 30 operai, di cui una diecina donne, furono trovati affetti da ulcerazione 14 uomini, di cui 4 con perforazione completa, e 6 donne: in media cioè, oltre la metà degli operai tanto uomini che donne si trovarono affetti dalla lesione nasale, tanto nel reparto elettrolisi che in quello di concentrazione e cristallizzazione del sale.

* * *

Quale la causa dell' ulcerazione e perforazione del setto nasale?

Si ammette dagli autori che siano le inalazioni di polveri e di vapori dei composti cromici: ed è la membrana del setto nasale la sede preferita dell'ulcerazione necrotica, per la speciale direzione della corrente aerea inspirata attraverso le narici, la quale appunto si dirige a colpire il setto dopo una specie di movimento di riflessione dall'alto delle fosse nasali. Il Kaiser infatti facendo aspirare ad alcuni individui per il naso della magnesia usta, e osservando dopo col rinoscopio dove la magnesia andava a colpire, trovò che appunto andava a depositarsi sul setto nasale, proprio là dove ordinariamente si ha la lesione cromica (Pieraccini).

Già dicemmo che la lesione generalmente è bilaterale: talora però unilaterale, a destra o a sinistra; il che può dipendere, secondo noi, dalle comuni stenosi nasali, unilaterali, che fanno diminuire la corrente aerea nella cavità nasale corrispondente, per cui anche minore sarà la quantità di polveri o vapori di cromati inalati dal lato stesso.

Sono molteplici le industrie nelle quali gli operai possono risentire gli effetti del cromo, dall'estrazione dei cromati nelle miniere, alla lavorazione metallurgica di essi, e ai varî usi industriali dei composti cromici (colori cromici, tintorie, costruzione di pile elettriche, concerie, fiammiferi svedesi, ecc.).

Nei casi esaminati il composto cromico era rappresentato dal bicromato di potassio, che veniva usato per la preparazione, in via elettrolitica, del clorato di sodio. Dalle vasche ove avveniva la preparazione emanavano, e si diffondevano nell'ambiente, gas, contenenti principalmente cloro, che riuscivano assai irritanti per gli occhi, il naso, la gola, i bronchi, donde congiuntivite, con lagrimazione, faringo-laringite, bronchiti, talora con sputi emorragici. Coi gas stessi fuoriuscivano vapori di cromati; la cui azione speciale veniva favorita dall'irritazione prodotta dal cloro.

Nella sala di concentrazione, cristallizzazione, prosciugamento e trasporto, si aveva inalazione sia di vapori che di polveri contenenti anche dei cromati: le polveri inoltre potevano essere deposte sulla mucosa nasale anche per mezzo delle dita, e sciogliendosi nel secreto nasale stesso, potevano facilmente spiegare la loro azione corrosiva, necrotica.

Mezzi preventivi e curativi.

Rilevatisi i varî casi di ulcerazione del setto nasale, oltre che raccomandare alla Ditta i consueti provvedimenti atti a diminuire la dispersione dei vapori e delle polveri contenenti cromati, feci maggiormente curare l'igiene individuale agli operai; e come preventivo della lesione nasale rispose bene, come potè confermare il medico di fabbrica dott. Masci, l' introduzione nelle narici di un tamponcino di garza salicilica: i tamponcini imbevuti di tintura di mirra al 2 % riuscirono meno efficaci: la garza era preferita dagli operai all'ovatta, perchè permetteva meglio il passaggio dell' aria nella respirazione. Come mezzo curativo delle ulcerazioni rispose bene la causticazione col nitrato d' argento e l' applicazione di pomata all' ossido di zinco e acido salicilico.

Roma, maggio 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

ORTOPEDIA.

Patologia e cura dei monconi di amputazione.

(A. BASSETTA. *Archivio di ortopedia*, Fasc. II).

Non mancano trattati antichi e recenti sulle amputazioni, ma invece ciò che manca completamente, salvo rarissime eccezioni, è lo studio del moncone che risulta dalla amputazione. Ben diversa cosa è lo studiare l'amputazione di un arto dallo studiare la riamputazione di un moncone e il considerare tutta la serie eziologica che porta l'arto all'amputazione dallo studio delle cause della riamputazione: per cui ben differenti sono la tecnica, le cure consecutive, gli scopi che l'operatore si propone di raggiungere quando interviene su di un moncone. Ciò che si verrà esponendo è frutto di pratica diretta ed esperienza fatta al letto dei mutilati.

Patologia. La patologia dei monconi di amputazione deve essere considerata sotto un duplice punto di vista: infatti un moncone può essere in istato patologico per causa insita nella propria struttura, oppure deve esser considerato patologico per rapporto alla protesi cui deve dare appoggio e che deve sostituire funzionalmente ed esteticamente la parte mancante. Caratteri fondamentali di un buon moncone sono l'indolenza di esso durante il riposo e nei movimenti, un buon rivestimento di parti molli e la sua forma regolare (Durante); ma oggi lo scopo principale del chirurgo, nel formare un moncone di amputazione, è di renderlo atto alla massima potenzialità funzionale. Tanto più completa sarà la funzione di un moncone quanto più l'apparecchio di protesi potrà considerarsi come la continuazione diretta ed esclusiva del moncone: cioè il moncone da solo deve servire: 1º a portare l'apparecchio assicurandone la presa; 2º a trasmettere all'apparecchio il peso del corpo; 3º a generare nell'apparecchio i movimenti che questo deve compiere.

Causa dei monconi. È indispensabile, non soltanto per lo studio della patologia dei monconi, ma sopratutto per la loro cura, tener presente quale sia stato il fatto primitivo che determinò la necessità dell'amputazione, perchè la causa del moncone ha grande influenza sulle condizioni successive del moncone stesso. Ben spesso anzi abbiamo una fisionomia particolare del moncone con una serie propria di lesioni e di alterazioni tardive a seconda delle varie cause. Sopratutto meritano netta distinzione i monconi da trauma, dalla serie dei monconi a base eziologica distrofica (gangrena da freddo, da lesione nervosa, da alterazione del circolo).

Forma del moncone. Il valore funzionale in un moncone non ha sempre una rispondenza diretta col suo valore estetico: anzi non è raro di constatare che monconi esteticamente non belli dànno un altissimo rendimento funzionale, mentre altri di forma quasi normale sono funzionalmente assai scadenti.

Da numerosi casi esaminati si è dedotto che la forma di moncone si mantiene tanto più regolare quanto più il moncone è breve, cioè quanto più l'amputazione è caduta vicina all'articolazione: e da ciò si deduce che la maggior stabilità di forma si trova nel moncone di disarticolazione, perchè in esso non ci sono elementi deformanti, causa di precoce o tardiva modificazione del moncone. La deformazione più caratteristica e anche la più grave e la più dannosa è la *conicità del moncone*, caratterizzata dalla deficienza reale delle parti molli e dall'eccesso manifesto delle parti rigide (Verneuil).

Abbiamo due grandi varietà: una conicità fisiologica e una patologica. La conicità *fisiologica* è determinata dall'allungarsi dello scheletro per il suo normale accrescimento (si comprende che l'amputazione deve avvenire in un'epoca della vita in cui le linee epifisarie sono ancora in funzione e che il segmento scheletrico del moncone deve contenere quella delle due linee epifisarie che è più particolarmente destinata all'allungamento dell'osso). Le parti molli poi al contrario non solo non crescono alla pari coll'osso, ma si accorciano in forza del loro coefficiente elastico di retrazione e regrediscono per mancanza di stimolo funzionale che le distenda e ne ecciti la nutrizione.

Il moncone a conicità fisiologica è un moncone essenzialmente sano. Della *conicità patologica* distinguiamo una conicità vera, una conicità non apparente ed una conicità falsa.

a) Conicità vera: la forma del moncone è conica nel vero senso della parola; mentre nella conicità fisiologica un piccolo cono osseo appena rivestito da parti molli si sovrappone all'estremità del moncone abbastanza regolarmente convesso: nella conicità patologica vera il moncone è totalmente conico e, non di rado l'apice del cono è costituito dall'estremo scheletrico nudo; non vi sono rapporti eziologici coll'età del soggetto nè coll'attività della cartilagine interepifisaria.

Sono invece elementi eziologici essenziali la tecnica dell'amputazione e l'insorgere o la persistenza di fatti settici suppurativi del moncone. L'amputazione piana (*amputation en saucisson* dei Francesi) è in molti casi responsabile di questa grave irregolarità del moncone; pure altro fattore importante è l'irritazione infiammativa cronica delle parti molli del moncone per cui si assottigliano, si induriscono e si retraggono verso le radici dell'arto.

b) Conicità non apparente: è caratterizzata dalla mancanza di forma conica dell'estremo di amputazione, che anzi talora ingrossa a clava a spese di una massa quasi esclusivamente ossea appena rivestita da un grande manicotto di parti molli. Si tratta per lo più di vecchi monconi suppurati, fistolosi, in cui il processo suppurativo ha non solo assottigliato ed impoverito le parti molli, ma le ha tenacemente accollate sui piani rigidi profondi, i quali, a lor volta, per la lenta azione irritativa del processo flogisticc sono aumentati di volume, sia per vera iperplasia del tessuto osseo, sia per apposizione di neo-produzioni ossee periostali.

c) Conicità falsa: è caratterizzata dal fatto che il moncone ha realmente una forma conica: ma questa è dovuta ad eccesso di parti molli, i cui lembi si raccolgono, per mancanza di sostegno scheletrico, in una massa conica appesa all'apice del moncone. La sua comparsa è dovuta ad un dettaglio di tecnica dell'amputazione: col tempo tende a ridursi e scomparire.

Rivestimento cutaneo. La patologia cutanea del moncone di amputazione può essere eziologicamente collegata non solo alla prima causa mutilante, ma anche alla tecnica dell'intervento, alle condizioni infiammatorie del moncone e a speciali condizioni discrasiche del mutilato. In numerosi casi di amputazione per congelamento il moncone si caratterizza per una spiccata fragilità cutanea, che si accompagna con un marcato torpore di riparazione: e ciò è dovuto al fatto che o il disturbo trofico non si è limitato alla zona demarcata dal processo gangrenoso, ma è risalito, attenuandosi lungo l'arto o per azione del primo congelamento subito, si sono stabilmente istituite nel territorio vascolare del moncone delle profonde alterazioni del tono dei vasi per cui sotto l'influenza di una temperatura più bassa invece di contrazione dei vasi abbiano subito dilatazione, stasi e quindi marmorizzazione cutanea e cianosi. Infine non è raro che insorga un'ulcera atonica sul moncone da congelamento determinata anche da una minima azione traumatizzante locale (leggera pressione da apparecchio di protesi, da calzatura, da legaccio, da fascie, da spigolo di moncone scheletrico, da iperostosi, ecc.); e che quest'ulcera sia dovuta al trauma e non all'azione gangrenosa del freddo lo dice il fatto che nella sua formazione si perviene di colpo allo stadio di sfacelo degli elementi cutanei e sottocutanei, senza nessun precedente di eritema essudativo o bolloso.

Il moncone va soggetto ad alcune *dermatosi*, specie: eczema, acne, impetigine, foruncolosi. Molte ne possono essere le cause generali e locali: come risultato esse possono essere così lesive da compromettere seriamente il valore funzionale del moncone. Ci interessa ancora di considerare la non rara *degenerazione cheloide* della cicatrice, per la quale la linea cicatriziale può trasformarsi lentamente in nodi più o meno grossi, isolati o multipli, duri, di color rosso chiaro, lisci, spostabili col piano cutaneo contiguo dal quale sono demarcati da una linea precisa di separazione. I nodi cheloidei sono talora sede di iperestesie vivaci e possono essere il centro di irradiazioni dolorose a tipo nevralgico che si diffondono nei territorî cutanei vicini. Talora sono sede di intenso prurito e col grattamento possiamo avere piodermiti e linfangiti. Alle volte quando l'amputazione fu praticata per neoplasmi maligni dell'arto, si è verificato il riprodursi del neoplasma nella linea cicatriziale. La cicatrice può risentirsi per una flogosi del moncone, per una osteomielite acuta o cronica, per un tentativo di eliminazione di sequestri. Questi fatti si risolvono tutti in una raccolta purulenta che si dirige verso la cicatrice che diventa dolente, rossa, calda, sensibile, sporgente in qualche punto. Questa sporgenza si trasforma in bolla e si rompe dando esito al pus.

La cicatrice allora offre lo sbocco di un tragitto fistoloso, irregolare, tappezzato da granulazioni lardacee, torpide, diretto il più delle volte verso un sequestro o un frammento metallico o un corpo estraneo qualsiasi.

Eliminata la *causa nocens* si ripristina per solito rapidamente lo stato normale. Le borse mucose che si trovano sul moncone e che raggiungono talora uno sviluppo cospicuo, possono essere normali o accidentali a seconda che preesistono nell'arto normale o si sviluppano secondariamente per le nuove condizioni di carico o di attrito cui è sottoposto il moncone. L'irritazione meccanica di esse può provocare delle alterazioni gravi, ma non è molto frequente.

Rivestimento muscolare. — Il manicotto muscolare, più che per lesioni primitive, si altera per lesioni secondarie, le quali alla lor volta dipendono dalla varia evoluzione patologica del moncone. È nelle amputazioni secondarie dovute a gravi processi suppurativi, nei monconi da gangrena, e nei casi in cui il trauma ha interessato direttamente i muscoli che noi troviamo in essi fatti degenerativi. Tutte le degenerazioni si possono trovare: la torbida e albuminosa, la idropica o vacuolare, la grassa, la cerea: sicchè tutte le parti molli del moncone profondamente si fondono in un assieme di colore lardaceo, grigio anemico, in cui spesso sono perduti i caratteri individuali propri a ciascun corpo muscolare e i rapporti topografici normali. Quando il manicotto muscolare è degenerato, si rileva quasi costantemente una speciale fragilità del tessuto muscolare per cui ogni presa su di esso è quasi impossibile, ogni punto di sutura lacera la massa e si stringe a nodo.

Comune a tutti i muscoli dei monconi di amputazione è uno stato di marcata atrofia per cui il muscolo si assottiglia e per la riduzione della emoglobina si fa rosa pallido o biancastro come carne di pesce. L'atrofia invade tutti i muscoli del moncone ed anche si estende ai muscoli del segmento centrale dell'arto quando l'amputazione cadde sopra il segmento periferico.

Le cause di quest'atrofia sono anzitutto le deficienti condizioni di nutrizione del moncone e le nuove condizioni delle inserzioni distali dei muscoli che sono alterate.

Vasi. — Due fatti meritano particolare rilievo nella patologia del sistema vascolare del moncone per la loro frequenza e per l'azione che essi esercitano sullo stato ulteriore del moncone stesso e sono: la diminuzione del calibro dei vasi e la fragilità di essi.

a) diminuzione di calibro dei vasi: È elemento eziologico essenziale della atrofia muscolare. Già Verneuil aveva rilevato e poi altri hanno confermato che i vasi arteriosi dei monconi subiscono una costante e considerevole diminuzione di calibro e che tale riduzione non si limita ai monconi ma si spinge assai lontano, fino a raggiungere i grossi tronchi vascolari centrali. Il Verneuil, a conferma delle sue constatazioni, ha valutato l'attività di circolo negli arti amputati paragonando la loro temperatura a quella di punti omologhi del lato sano. In tutta l'estensione del moncone esiste un abbassamento termico, massimo alla estremità del moncone e che va riducendosi fino a diventare normale verso le radici dell'arto. Al tavolo operatorio ben frequentemente si è constatata la riduzione di calibro dei vasi.

b) la fragilità del vaso: È questa causa di considerevole difficoltà all'atto della riamputazione perchè ogni presa colla pinza emostatica è una lacerazione vascolare e quando la presa riesce è il laccio che lacera il ponte vasale: e se poi la legatura tiene si ha sempre a temere la sua caduta precoce con conseguente emorragia proporzionata all'entità del vaso. Questa particolare fragilità dei vasi è talora così ribelle da esigere, per sicurezza dell'emostasi, che l'allacciatura sia fatta assai più a monte, in territori vascolari relativamente sani.

Nervi. — Notevole importanza hanno nella patologia dei monconi le alterazioni e le lesioni del sistema nervoso.

Nelle alterazioni del sistema nervoso, entrano le modificazioni di senso e di moto così frequenti nei monconi. Noi sappiamo che la sezione del nervo è seguita da una degenerazione retrograda, la quale risalendo lungo i tronchi nervosi raggiunge i gangli, le radici e il midollo, quindi è evidente che vi debba essere nel moncone un turbamento nervoso, specie sensorio. Uno dei primi segni di questo disordine sensorio è rappresentato da tutta la serie di allucinazioni e di illusioni sensorie degli amputati, generalmente conosciuta col nome di fenomeno di Weir-Mitchell: consistenti nel fatto che il mutilato crede di possedere il segmento di arto assente: e questa illusione è preceduta da un formicolio localizzato in vicinanza della cicatrice. L'inattività, l'indolenza, le preoccupazioni, il cattivo tempo, provocano sensazione dolorosa dell'arto fantasma. Non sempre però vi sono iperalgesie, piuttosto si rileva una esaltazione delle sensazioni di contatto, di solletico e del senso termico. Queste anomalie del sensorio si attenuano col tempo: altre volte però si esacerbano, si localizzano in un territorio nervoso ben delimitato e, acquistando un vero carattere patologico, passano nel gruppo delle nevralgie: e si hanno nevralgie intense.

Il neuroma da amputazione rappresenta il risultato del processo cicatriziale sull'estremo libero del tronco nervoso amputato. La posizione terminale del neuroma è quasi costante: solo eccezionalmente lo si è trovato a qualche centimetro più su lungo il nervo. Esso si sviluppa esclusivamente sui grossi tronchi nervosi: la sua forma è sferica od olivare od appiattita. Il suo apparire può essere precoce o tardivo e l'eziologia talora sfugge completamente. Pare abbiano importanza causale però i processi infiammatori del moncone, i traumi leggieri, le pressioni prolungate per appoggio di protesi male applicata ed anche la tecnica con cui fu eseguita l'amputazione a seconda del trattamento più o meno protettivo che fu fatto ai tronchi nervosi recisi. Variabile è la reazione soggettiva che il neuroma provoca sul paziente. A volte vengono accusati dolori vivi sul moncone e a volte invece il neuroma non dà disturbo alcuno.

Scheletro. Lo scheletro è certo nella più forte maggioranza dei casi il primo o il principale responsabile di tutto il complesso patologico che si osserva nei monconi di amputazione. Il quadro predominante nella patologia ossea del moncone è quello della osteomielite nella sua forma acuta o cronica: anzi è quest'ultima che più spesso si incontra. Ha andamento torpido, non c'è risentimento generale, scarso risentimento locale. Un piccolo orificio fistoloso che si apre lungo un nastro cicatrizio, con secrezione scarsa sierosa o siero-purulenta, spesso circondato da una larga placca di eczema, è l'unico segno esterno di questa osteomiclite cronica.

Esplorando il tragitto si arriva con specillo sullo scheletro e s'incontra la superficie denudata, rugosa, morta di un sequestro: la sua eliminazione è condizione assoluta per la guarigione definitiva del moncone. Accanto alla formazione del sequestro si svolgono talora di conserva dei fatti evolutivi, progressivi, rappresentati dalla produzione di nuova sostanza ossea che elaborandosi in esube-

ranza nel processo di callificazione midollare e periostea del piano di sezione dello scheletro, raggiunge spesso per volume, per forma e per sede delle neoformazioni e sovrapposizioni ossee, il significato e la gravità di un vero fatto patologico. L'indagine radiografica dimostra con frequenza che il capo scheletrico è alterato. Tenendo conto esclusivamente della neoproduzione ossea sviluppata attorno al capo scheletrico si possono descrivere tre tipi principali: *a*) tipo fusiforme: a questo appartiene il moncone diafisario ad un solo osso (omero-femore), specie il femore. Il radiogramma mostra che l'estremo terminale del moncone è normale o quasi, ma subito al disopra di esso e talora per un'altezza di parecchi centimetri, il contorno dell'astuccio diafisario è come fasciato da un altro astuccio osseo irregolare la cui ombra si perde quasi insensibilmente nell'ombra delle parti molli circostanti. Al tavolo operatorio si constata che quest'ombra sulla diafisi è costituita da una piastra ossea di nuova formazione che fa corpo colla lamina periostale ispessita e a volte si lascia facilmente scollare dalla diafisi, a volte ha aderenze sì fitte da occorrere lo scalpello; *b*) tipo clavato: è ancora il moncone femorale che dà forme evidenti di questo tipo. La diafisi quasi tutta normale, è terminata nel suo segmento estremo, da una rotondità globosa che dà all'insieme del segmento scheletrico la forma di una clava: l'ingrossamento è ovalare e uniforme a contorni decisi e nettamente limitati rispetto al tutto diafisario soprastante: talora anzi la massa neoformata si ripiega con un orlo contro la diafisi come una capocchia di fungo. L'ombra radiografica di questa clava è uniforme, unita, compatta, densa e in essa scompare ogni traccia del cilindro diafisario. Il pezzo anatomico dimostra che la massa è costituita da un guscio intero di tessuto osseo compatto, che ravvolge un blocco di tessuto spugnoso; *c*) tipo irregolare: è più frequente sui monconi di amputazione della gamba e dell'avambraccio. Attraverso le parti molli, per lo più scarse e assottigliate, si palpano delle masse ossee irregolari, impiantate disordinatamente lungo la diafisi o al suo estremo, dirette lateralmente o distalmente, arrotondate come piccole clave o assottigliate come larghe spine. Per lo più insensibili e indolenti direttamente, rendono sensibili e dolenti le parti molli che le rivestono e talora le irritano fino alla vera flogosi, le assottigliano fino alla usura completa con perforazione. Anatomicamente esse sono costituite da osso compatto, eburneo e i loro caratteri di sede, di direzione, d'impianto, lasciano pensare ch'esse provengano non soltanto dalla ossificazione di lembi periostali, ma fors'anche dalla ossificazione dei sepimenti aponeurotici e delle lamine intermuscolari per eccitamento di un lungo processo cronico irritante di osteomielite e di suppurazione del moncone (Neugarten). Entrano in questo gruppo anche le formazioni ossee a ponte che uniscono stabilmente i monconi d'amputazione a doppia diafisi.

Oltre a questi casi in cui si verifica nuova produzione di tessuto osseo, vi sono casi in cui invece si nota atrofia dello scheletro del moncone. E ciò specie nei monconi di età giovane: l'assottigliamento interessa l'astuccio diafisario non soltanto nella sua totalità, ma anche nello spessore delle sue pareti, cosicchè la cavità midollare è notevolmente ristretta mentre le pareti ossee sono assai assottigliate. Insomma è un'atrofia eccentrica e concentrica che risale lungo tutto lo scheletro dell'arto e interessa anche l'articolazione più vicina. Causa precipua di questa atrofia è da ritenersi il non uso dell'arto: cioè quando il mutilato rifiuta la protesi o quando per brevità del moncone questa è a carico indiretto.

Attitudine del moncone. — Le attitudini viziose del moncone sono importanti specie per le conseguenze in rapporto al valore funzionale del moncone stesso e coll'applicazione della protesi. Perciò bisogna temerle e prevenirle con opportuni accorgimenti di tecnica chirurgica e di cura consecutiva. I due fattori essenziali della attitudine viziata stabile di un moncone di amputazione sono:

1º) la posizione difettosa volontaria, iniziale che il mutilato assume per mettere l'arto in quella posizione che meglio risponde al suo maggiore agio o gli evita qualche dolore.

2º) Un fatto flogistico anche non grave, ma di lunga durata, che irrigidisce il muscolo in quella data tensione e fissi l'articolazione nell'attitudine corrispondente.

Di importanza minore ha come fattore la pretesa paralisi di alcuni gruppi muscolari del moncone, che lascierebbe agli antagonisti tutta la loro attività a scapito della posizione corretta del moncone, perchè ben di rado può accadere che processi degenerativi ascendano lungo i tronchi nervosi fino a distruggere territori d'innervazione soprastanti al piano d'amputazione.

Le attitudini difettose dei monconi dell'arto superiore sono assai rare: relativamente più frequenti sono invece quelle dell'arto pelvico. I monconi brevi di coscia si mettono facilmente in flessione, abduzione o rotazione est. per il predomonio dei M. pelvitrocanterici superstiti sui fasci adduttori parzialmente sacrificati.

L'attitudine in flessione è volontariamente presa dal paziente per evitare stiramenti dolorosi dei fasci muscolari anteriori. Il ginocchio ha tendenza quasi invincibile di fissarsi in flessione. Nelle amputazioni parziali del piede abbiamo a volte attitudini deformi del moncone così gravi e ribelli da

impedire non solo il cammino ma anche la stazione eretta e ciò sempre quando processi infiammatorî hanno preceduto o seguito l'amputazione: e l'attitudine presa generalmente dal piede è la equino-vara.

CURA. — *Cura delle lesioni del rivestimento cutaneo.* — Abbiamo ulcerazioni, dermatosi, degenerazioni cheloidi delle cicatrici e borsiti.

Nell'ulcera da conicità del moncone quando questo non è di vecchia data e non ha lungamente sofferto di processi flogistici, si ha buon effetto dalla trazione continua a pesi, sia applicata a permanenza in letto, sia adattata al moncone con uno dei vari metodi ambulatorî (Brunner, Ferraresi, Tuffer, Bellezza) dalle trazioni ritmiche del moncone in senso distale e dal massaggio.

Se si tratta di monconi di vecchia data o che hanno lungamente sofferto, si deve intervenire scollando e mobilizzando le parti molli aderenti lungo l'asse scheletrico. Se lo scheletro è troppo lungo rispetto alle parti molli si raccorcia o si ricorre a metodi di plastica.

Nell'ulcera da sbocco di tragitto fistoloso occorre lo sbrigliamento largo con azione diretta sul focolaio di suppurazione, lo snicchiamento di tutto il canale fistoloso, la mobilizzazione delle pareti del tragitto: e i risultati sono spesso veramente sorprendenti.

Nell'ulcera da congelamento, cioè nell'ulcera tardiva, distrofica, recidivante che riappare talora sul moncone dell'arto che fu congelato si debbono eliminare tutte le cause di contusione diretta sul moncone, le cause di disturbo circolatorio (legacci–fascie): favorire il circolo di ritorno colla posizione elevata del moncone e praticare medicazione protettiva con garza sterile sull'ulcera stessa.

Bisogna che l'ulcera sia mantenuta nelle migliori condizioni di asepsi.

Contro l'eventuale secrezione fetida e contro il piocianeo si è trovato vantaggio sostituendo per due, tre giorni alla medicatura asciutta un impacco di garza uniformemente inzuppata di schiuma densa di buon sapone bianco di Marsiglia, applicato senza impermeabile. Questo impacco ha azione deodorante, detersiva, eccitante sulle granulazioni torpide, grigie, meravigliosa e rapidissima.

Poi si deve aiutare la epitelizzazione dell'ulcera con striscie di cerotto alla Baynton. Nei casi ribelli si deve ricorrere alla riamputazione.

Nella cura delle dermatosi bisogna rivolgersi prima alla causa. Se la dermatosi si ha attorno ad un orificio fistoloso bisogna cercare prima il focolaio di suppurazione. Se invece non vi sono cause profonde, si fa una cura diretta. Frequenti bagni generali saponati, si migliora lo stato generale con cure ricostituenti, si protegge la parte dal contatto di sostanze irritanti, vi si applicano sostanze grasse con ossido di zinco e bismuto, o zinco benzoato, o acido salicilico così utile contro il molesto prurito.

Nella degenerazione cheloide delle cicatrici si interviene quando è dolorosa, o pruriginosa, o è di ostacolo all'applicazione di protesi. Si pratica un'escissione generosa del cheloide fin nei tessuti sani: asepsi rigorosa: si colma la breccia con esatta sutura dei lembi cutanei mobilizzati.

Nella borsite, se asettica, si può avere guarigione con semplice puntura di svuotamento seguìta da iniezione di liquido modificatore o disinfettante (alcool jodato 20 %). Nella borsite settica incisione ma eccentrica, non assile, per non far produrre la cicatrice in un punto che dovrà esser di appoggio alla protesi, incisione breve seguìta da drenaggio tubolare e non largo sbrigliamento. Poi riposo dell'arto.

Cura delle lesioni del rivestimento muscolare. — In caso di suppurazione primitiva o di sfacelo per gangrena dei muscoli del moncone si praticano larghe incisioni di sbrigliamento, cosicchè il pus possa aver esito facile e completo, drenaggi, idroterapia semplice o medicata. Nei casi di gangrena a profonda invasione nel corpo muscolare dà buoni risultati l'estirpazione completa del muscolo e dei muscoli colpiti.

Vasi sanguigni. — Dobbiamo tener gran conto della fragilità dei vasi arteriosi, particolare nei congelati, per cui quando si procede alla legatura si rompono nel punto della legatura stessa sotto la pressione del filo, dando luogo ad imponenti emorragie. Perciò bisogna aver la previdenza di isolare nettamente un tratto di vaso sufficiente perchè la legatura cada sopra pareti vasali abbastanza resistenti da dare la certezza di una emostasi sicura. Ma se la legatura dovesse esser affrettata o se non si riscontrassero condizioni di resistenza vascolare sufficienti non, si deve esitare di allacciare il vaso più a monte fuori del campo di riamputazione.

Cura nelle lesioni dei nervi. — Nelle illusioni sensorie degli amputati otteniamo una guarigione pressochè costante con opportuna rieducazione funzionale e professionale. Le anestesie, parestesie e formicolio in genere non esigono cure speciali. Nelle nevralgie semplici si ricorre alla cura medica, cioè idro–elettro–terapia; applicazioni idriche, calde e fredde: nelle nevralgie ribelli alle neurotomie e neurectomie. In caso di nevroma c'è l'ablazione radicale di esso.

Come profilassi del nevroma il Verneuil per primo ha proposto di resecare fino ad una certa altezza i grossi cordoni nervosi contenuti nel lembo (egli accorcia di 4–5 centimetri lo sciatico; di 2–3 centimetri i nervi del plesso brachiale e di altrettanto

i tibiali). La retrazione immediata del tronco nervoso, trascinando in alto la sezione del nervo nella sua guaina normale, la sottrae ad ogni causa irritante e previene le aderenze cicatriziali terminali che sono causa precipua dei fatti nevralgici del moncone: d'altra parte la perfetta vitalità dei lembi si mantiene perchè la nutrizione di essi è assicurata da diramazioni nervose che si dipartono dal tronco nervoso a monte del tratto di sezione. Spesso il tronco nervoso non si retrae: allora si libera dalle aderenze che può avere e poi lo si affonda in un letto di parti molli e lo si copre con un lembo muscolo-aponevrotico scolpito nello spessore delle masse muscolari vicine.

Dopo l'intervento a volte il dolore persiste a tipo nevralgico; ma dopo alcuni mesi scompare.

Scheletro. — Lo scheletro del moncone offre dal punto di vista terapeutico il maggior interesse. Qualunque sia il trattamento che viene fatto allo scheletro nella riamputazione (amputazione sottoperiostea-aperiostea-osteoplastica) la bontà definitiva del moncone, cioè il suo valore funzionale, dipende sempre dal fatto che l'amputazione sia eseguita in due piani, il che permette di dare al moncone osseo una copertura di tessuti molli, normali, che la riunione sia immediata e che il decorso della ferita sia asettico per modo da evitare le dannose cicatrici da suppurazione.

La scelta della cura da fare al moncone deve esser basata su elementi diagnostici di assoluta precisione, che anzitutto debbono constatare se lo scheletro partecipi o meno alla malattia del moncone. Se lo scheletro è malato e la sua lesione è l'esponente unico o primario del suo stato patologico, l'intervento chirurgico su di esso è, di regola, inevitabile (sequestro-focolaio di osteomielite).

Ma se collo scheletro partecipano allo stato morboso del moncone tutte le parti molli con larghe piaghe, con profusa suppurazione, con larghi scollamenti, allora la cura medica in primo tempo trova la sua migliore indicazione.

La limitazione della lesione scheletrica e le migliorate condizioni locali permetteranno una notevole economia nell'intervento chirurgico successivo, il quale non avrà altro scopo che di mettere il moncone in condizione di poter sostenere e muovere la protesi. Le cure proposte per questi trattamenti generali dei monconi sono innumerevoli. Brunner ne ha fatto un volume.

L'elioterapia naturale ed artificiale, la terapia jodica, l'esposizione all'aperto delle ferite, la medicatura umida senza copertina impermeabile, la medicazione con glucosidi, l'ossigeno gasoso, l'idroterapia calda o fredda, il calore penetrante alla Bier, hanno dato in varî casi notevoli vantaggi. Ma fra tutti i metodi di cura primeggia il metodo di cura agl'ipocloriti (vedi per migliori notizie il volume di Brunner e le pubblicazioni di Carrel e Dehelly) siano essi preparati colla tecnica di Dakin o con quella di Daufresne o con quella di Wislicenus o col metodo semplificato riferito dal Vidal. Il moncone può esser così portato in condizioni tali da poter esser considerato chirurgicamente guarito. Ma anche in questi casi a volte l'intervento può esser necessario per la perfezione del moncone: in questi interventi di poca cosa il risultato è spesso gravissimo per successiva suppurazione estesa e profonda del moncone che può mettere anche a repentaglio la vita del paziente; il nemico oscuro è chiamato microbismo latente.

I batterî contenuti nei tessuti che anticamente subirono un processo suppurativo si esaltano a nuova potenza in seguito a nuovo intervento chirurgico.

Quando nonostante tutte le cure sopradette lo stato di suppurazione del moncone non accenna a migliorare e quando le condizioni del paziente esigono d'urgenza l'intervento chirurgico e il moncone è molto breve l'intervento può essere eseguito anche in pieno focolaio di suppurazione. Il moncone va lasciato largamente aperto; non raramente si ricorre alla eversione delle parti molli fin quando lo stato delle granulazioni sia soddisfacente. Solo eccezionalmente si deve ricorrere all'amputazione piana. In questi casi l'intervento non è che un primo tempo di urgenza per salvare la vita del mutilato. All'assetto ulteriore del moncone provvederà la cura consecutiva. La trazione a pesi sopratutto se praticata precocemente, distende le parti molli, ne evita le retrazioni e attirandole sopra il moncone osseo ne favorisce la cicatrizzazione regolare con formazione di sufficiente manicotto di protezione sull'estremo riamputato.

Cura delle attitudini viziose. — Deve essere sopratutto preventiva. La più importante proflassi è quella di evitare ogni processo infiammatorio ed ogni suppurazione del moncone che sappiamo essere il fattore essenziale delle attitudini viziose.

Possiamo avere anche attitudini viziose in monconi normali, ma queste si possono correggere più facilmente. Ad ogni modo prima cosa è il badare alla posizione severamente corretta dell'arto stesso fin dal primo momento del trauma e della sua malattia. Poi il materasso su cui giace il paziente deve esser abbastanza compatto da non lasciarsi affondare sotto il peso del corpo e mantenuto in piano sottoponendovi un largo asse. Il moncone di coscia non deve esser sostenuto da cuscini il moncone di gamba non deve esser flesso al ginocchio a cavalcioni di un cuscino. È errore assicurare la medicazione su di un moncone di braccio mediante giri di benda che passano a ponte dal torace al braccio: bisogna invece arrivare sul

braccio con giri di cifra 8 nel cavo dell'ascella e meglio coll'interposizione di un piccolo cuscino. Pericoloso è pure il decubito laterale sul lato sano che permette e favorisce l'attitudine rannicchiata con flessione prolungata delle articolazioni del moncone.

Nelle amputazioni parziali del piede è prezioso precetto di profilassi delle attitudini viziate di sorvegliare accuratamente l'attitudine del piede e di mantenerlo in posizione normale ad angolo retto sulla gamba. Ma spesso è inutile questa previdenza per la forte retrazione del tendine di Achille. Per questo Blaudin e Verneuil applicarono l'achillotomia l'uno prima, l'altro in pari tempo durante l'operazione: così i flessori e gli estensori sono sezionati nello stesso momento. Ma questo metodo è raramente applicato. Nei monconi tarsici da congelamento tutto il blocco tarsico è immobilizzato in una massa lignea, deforme, la cute livida fredda, frequenti le ulcerazioni, per cui conviene spesso invece che tentare di correggere l'attitudine di solito equino-vara meglio è riamputare al III inferiore della gamba. Attitudini viziose di altri monconi sono meno importanti. Danno ottimi risultati gli apparecchi di meccano-terapia, la correzione manuale, la ginnastica attiva del moncone, la masso ed elettroterapia dei gruppi muscolari contrarî alla deviazione: tenctomie varie, protesi transitorie.

B. MASCI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Alcune osservazioni sul decorso clinico del tifo esantematico

per il dott. GIACANELLI VITTORUGO
Cap. Med. in un Reparto Isolamento per dermotifo del Campo Concentr. Prigion. di guerra.

Da vari mesi medico in un lazzaretto, dove sono stati accolti numerosi casi di tifo esantematico, credo opportuno riferire alcune osservazioni sul decorso clinico di questa malattia.

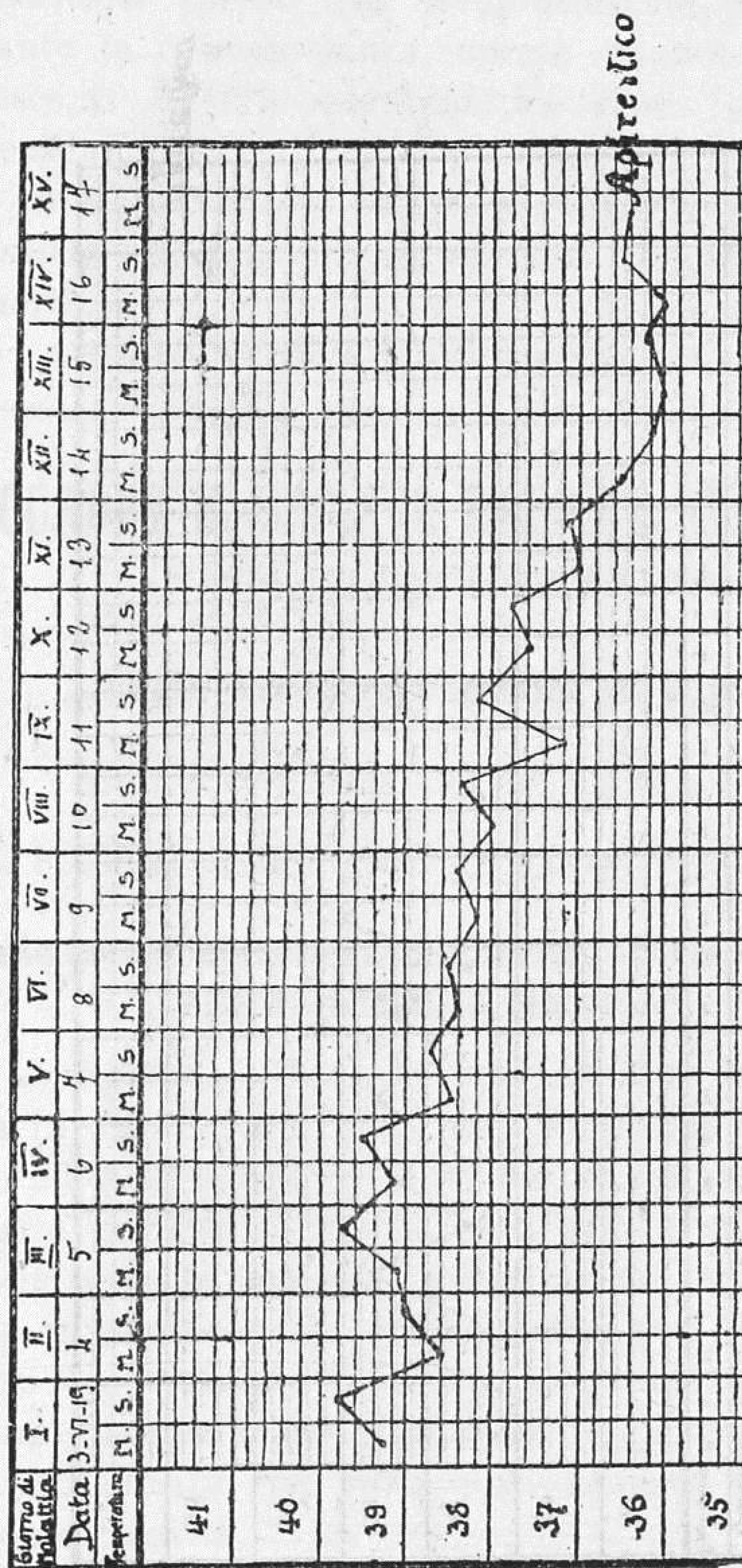
È noto che i due sintomi di maggiore importanza per la diagnosi del tifo esantematico, sono: il tipo della febbre, e l'esantema. In quasi tutti i trattati si legge, che il tifo esantematico si risolve criticamente fra il 10° ed il 14° giorno di malattia, il più delle volte verso il 12°, e che la temperatura cade per crisi, anche nei casi più gravi, in due o tre giorni. « Solo in via eccezionale fu osservata una discesa della febbre per lisi » (L. Lichtheim).

Da osservazioni di più centinaia di casi ricoverati nel mio lazzaretto, generalmente a decorso molto benigno, data la scarsa mortalità del 4 %, viene a risultare che, almeno in certe epidemie di tifo esantematico, la risoluzione della febbre per lisi anzichè per crisi, è fatto che si verifica con una certa frequenza.

Infatti in circa il 10 % dei miei ricoverati per dermotifo, si è avuta la defervescenza della febbre per lisi anzichè per crisi.

Tali casi presentavano tutti i sintomi di tifo esantematico, e, in tutti quelli nei quali venne praticata, la reazione di Weil Felix confermò la diagnosi.

Gl'infermi, improvvisamente colpiti da febbre



Grafica 1.

elevata, con intenso brivido di freddo, ebbero la comparsa dell'esantema fra il terzo ed il sesto giorno di malattia. L'esantema si manifestò a forma di numerose macchie rosse, lievemente prominenti, grandi da una capocchia di spillo ad una lenticchia, a periferia irregolare, localizzate specialmente al dorso, al petto, all'epigastrio, al basso ventre. Queste macchie, talora confluenti in figurazioni circolari, dapprima rosso pallide, poscia più scure, entro la seconda settimana subirono la trasformazione petecchiale, e rimasero dai cinque ai dieci giorni dopo scomparsa la febbre; seguì poscia la deforforazione.

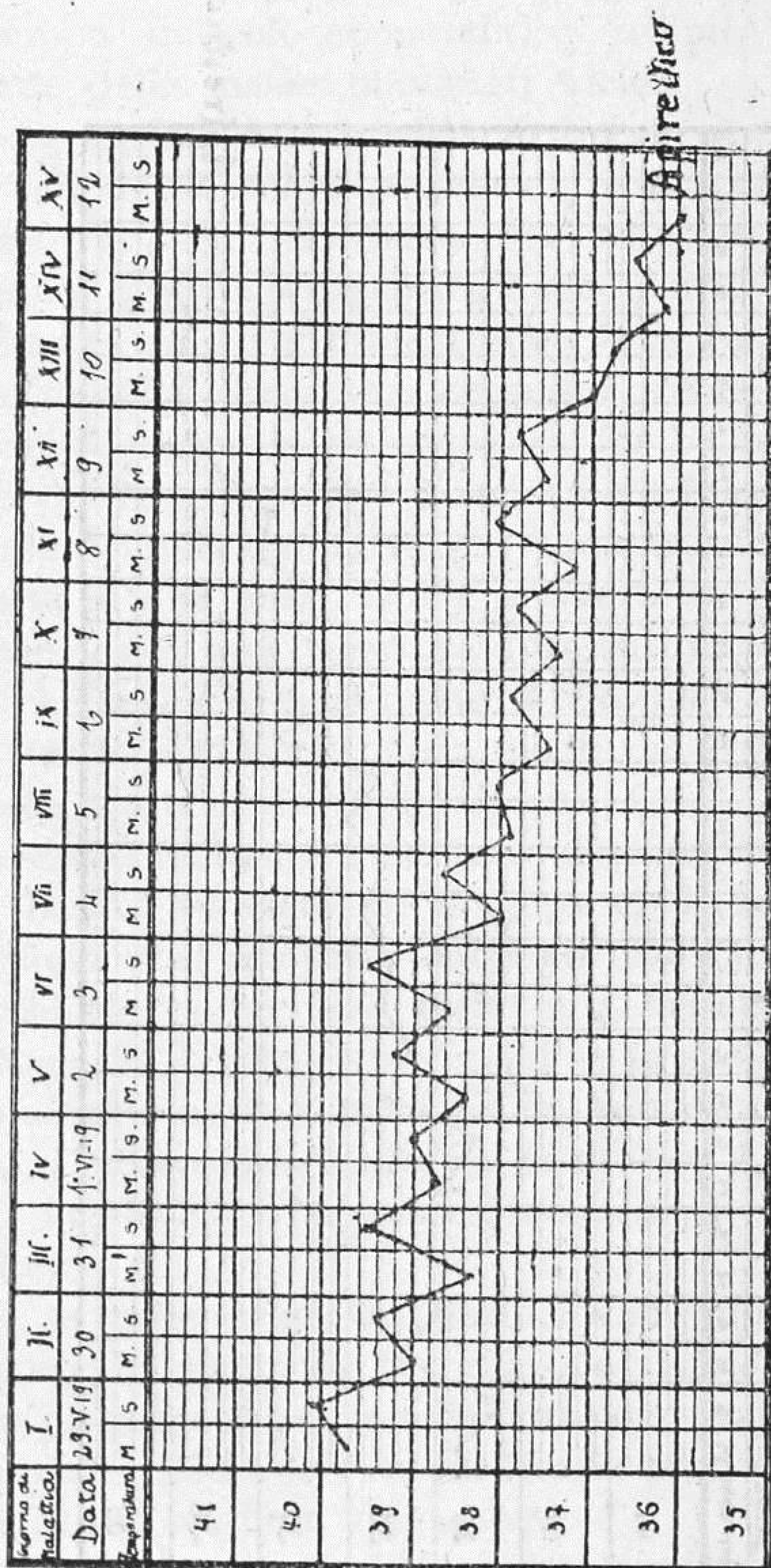
Gl'infermi, dai primi giorni della malattia, ebbero gravi sintomi nervosi: prostrazione generale, insonnio, delirio; la cefalea rimase per tutta la durata del male.

Il polso fino dall'inizio della infezione assai frequente, facilmente depressibile, riprese, poco dopo scomparsa la febbre, il suo ritmo normale. In alcuni si ebbero fenomeni allarmanti di debolezza cardiaca. I malati non presentarono tumore di milza, solo in pochi fu appena percepibile alla percussione un lieve aumento dell'aia splenica.

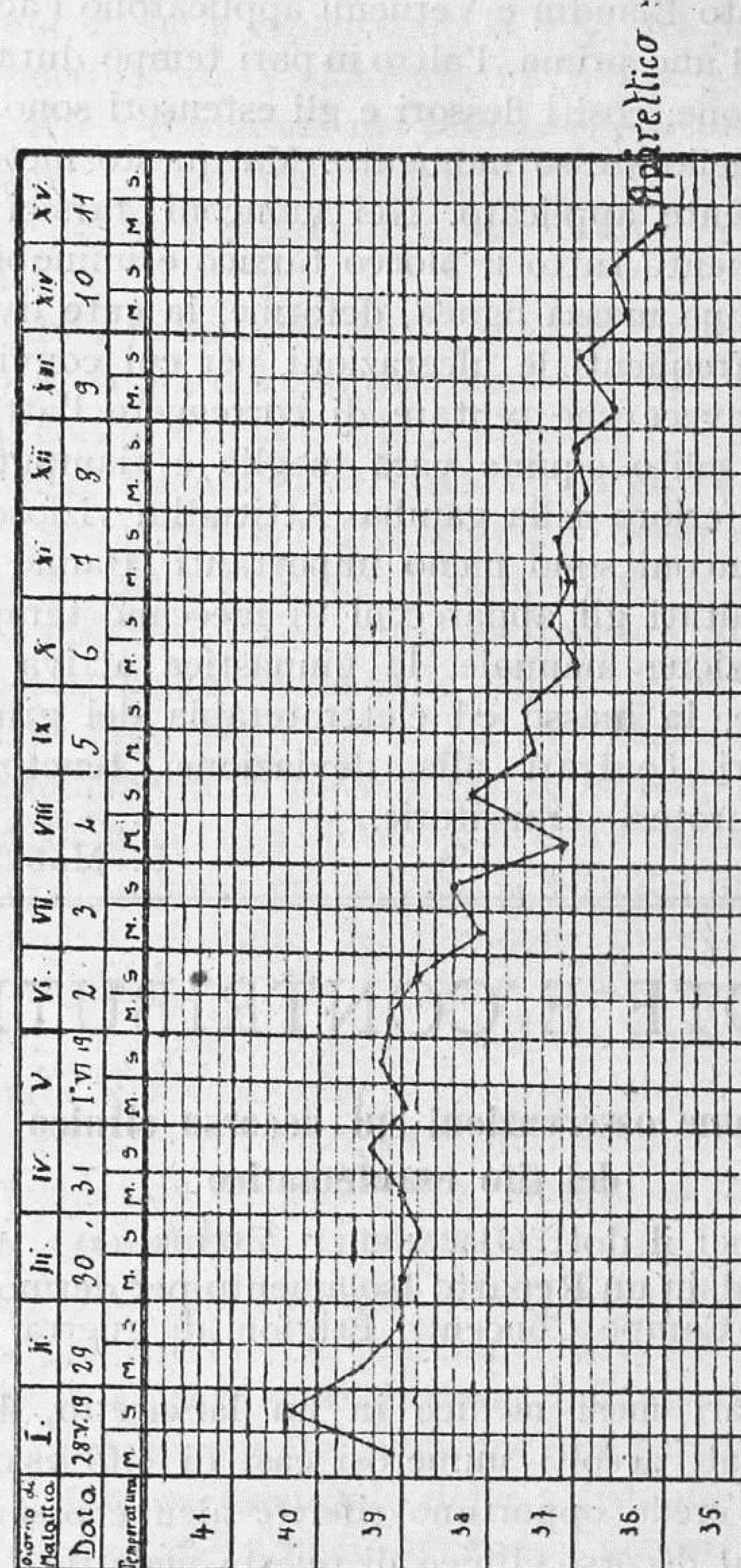
fra i casi da me osservati, una percentuale di circa il 10 %.

Riporterò come esempio, le tabelle termografiche dei seguenti ammalati di tifo petecchiale, ricoverati nel Reparto d'isolamento n. 6, dove furono degenti, nel mese di maggio e giugno, i 220 ammalati, dai quali ricavai queste mie osservazioni.

CASO I. — Sold. Steigmann Josef di a. 39, affetto da tifo esantematico. Entrato il 3 giugno 1919. Uscito il 21 giugno 1919. N. 212 del letto. (Grafica 1).



Grafica 2.



Grafica 3.

In quasi tutti si ebbe stitichezza per tutta la durata della malattia.

La febbre si iniziò bruscamente, con intenso brivido di freddo, raggiunse l'acme in pochi giorni (in tre o quattro giorni), ebbe una durata totale dai dieci ai quattordici giorni, con remissioni mattutine molto limitate.

Discese per lisi, anzichè per crisi, in un periodo variabile dai quattro ai sei giorni.

I casi di tifo petecchiale, nei quali verificai la defervescenza della febbre per lisi, sono 23 sopra 220 ricoverati, per cui si viene ad ottenere

CASO II. — Sold. Matic Adam, affetto da tifo esantematico. Età a. 25. Entrato il 29 maggio 1919. Uscito il 20 giugno 1919. N. 349 del letto. (Grafica 2).

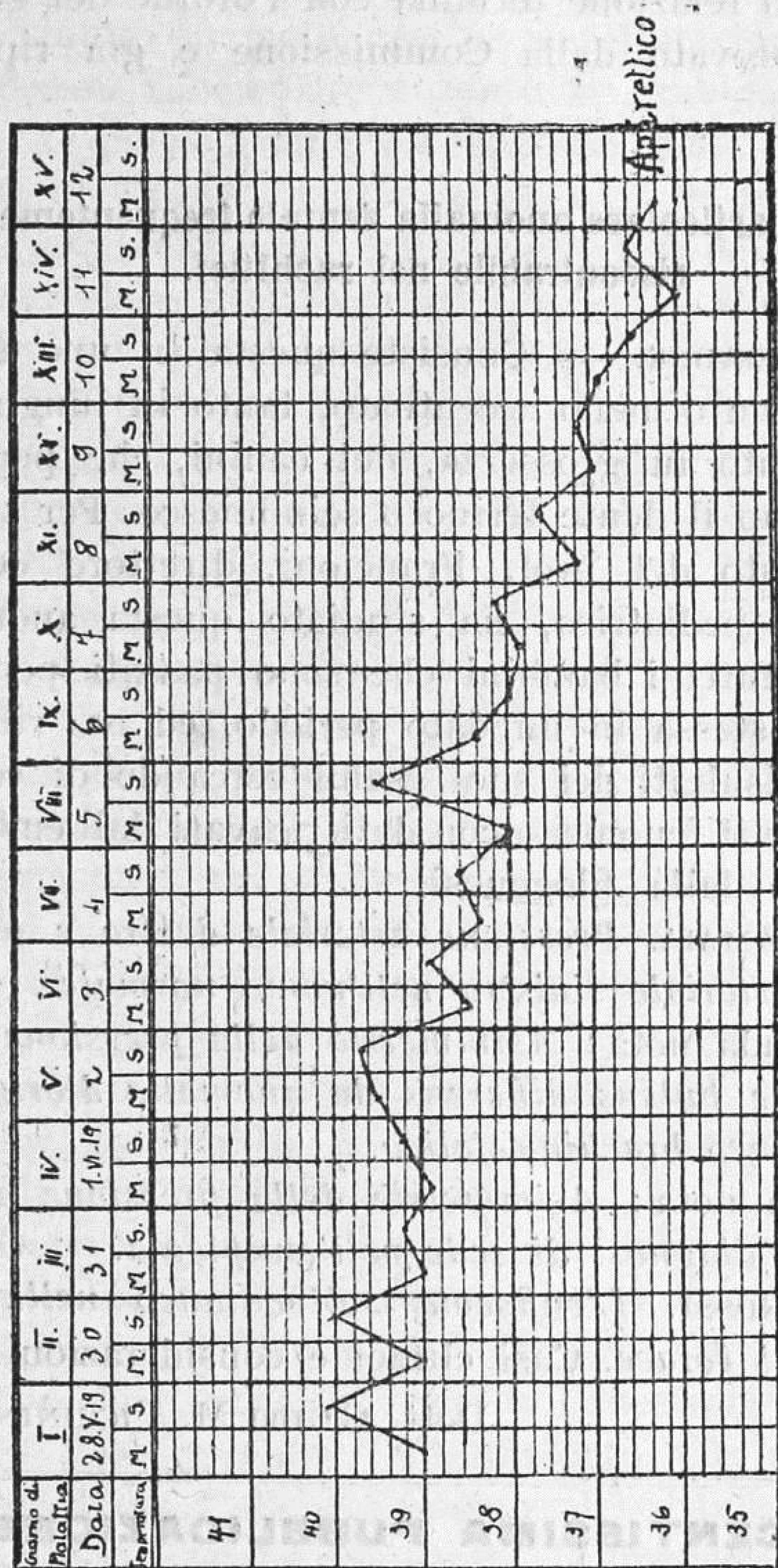
CASO III. — Sold. Riegler Alois, affetto da tifo esantematico. Età a. 23. Entrato il 28 maggio 1919. Uscito il 18 giugno 1919. N. 376 del letto. (Grafica 3).

CASO IV. — App. Batega Andrea di a. 40 affetto da tifo esantematico. Entrato il 28 maggio 1919. Uscito il 26 giugno 1919. N. 280 del letto. (Grafica 4).

Caduta la febbre, scomparse le macchie petecchiali, negli ammalati di dermotifo, è seguita una desquamazione cutanea poco rilevabile, forforacea, in alcuni casi tanto lieve, da essere difficilmente avvertibile, senza lente di ingrandimento.

Sono stato però meravigliato, data la rarità, del modo con cui avvenne la desquamazione in pochissimi casi di dermotifo.

In questi, invece della solita desquamazione susseguente alla scomparsa della febbre, si ebbe



Grafica 4.

la desquamazione dell'epidermide a larghe falde, da ricordare quanto si verifica nella scarlattina; e, nelle squame più grandi, non completamente distaccatesi, la parte libera si ripiegava su sè stessa, accartocciandosi.

La desquamazione coi caratteri sopra descritti, si ebbe evidentissima nei seguenti malati di tifo esantematico:

Sold. Hohold Felix. Entrato al Rep. isol. il 5 giugno 1919. Uscito il 26 giugno 1919. — Soldato Nagy Istvann. Entrato al Rep. isol. il 31 maggio 1919. Uscito il 23 giugno 1919. — Sold. Voit Ludwig. Entrato il 18 maggio 1919. Uscito il 24 giugno 1919.

Ancora una osservazione: sulle complicazioni del tifo esantematico.

Per ordine di frequenza, le complicazioni osservate fra i numerosi ammalati ricoverati al mio reparto, sono state le seguenti:

Parotiti - Otiti - Broncopolmoniti - Nefriti - Paralisi (Emiplegie, Paraplegie).

Di tutte le complicazioni, la più frequente è stata la Parotite suppurativa, verificatasi in circa il 20 % dei casi di dermotifo.

La frequente complicazione della parotite, ha costituito spesso una seria minaccia, anche durante la convalescenza, specie quando i convalescenti da tifo esantematico erano già precedentemente tarati.

In alcuni di essi in specie (tubercolosi, cardiopatici, sifilitici) ha fortemente contribuito alla morte.

Cassino (Caserta), 28 giugno 1919.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 maggio 1919.

Presidenza del Prof. DURANTE, presidente.

Sulla emoglobinuria da chinino con speciale riguardo alla cura con la cinconina.

V. ASCOLI. — L'O. ha sperimentato la cinconina in due malarici nei quali il chinino dava luogo ad emoglobinuria, e ne ha constatato la tolleranza perfetta. Uno di essi, sin da prima che contraesse la malaria, aveva avuto emoglobinuria in seguito alla somministrazione di piccole dosi di chinino. Gli infermi con l'uso della cinconina non solo non hanno avuto alcun fenomeno d'intolleranza ma sono stati dimessi completamente guariti.

Il prof. CALCAGNO chiede se nelle urine dei pazienti durante l'accesso emoglobinurio furono trovati globuli rossi.

Il prof. GAGLIO pensa, a proposito del fenomeno dell'emoglobinuria, che la chinina ha maggiori proprietà lipoidiche di quanto non ne abbia la cinconina, il che può spiegare come con maggiore facilità possa esser legata dai globuli rossi.

Il prof. GOSIO chiede se la cinconina si possa sostituire alla chinina e quali sono le dosi in cui può essere somministrata.

Il prof. ASCOLI risponde al prof. Calcagno che nelle urine vi era solo emoglobina e non globuli rossi; al prof. Gosio, che per la cinconina si è avuta tolleranza completa sino alla dose di due

grammi e che dai casi studiati è dimostrato come possa essere efficacemente sostituita nei soggetti che hanno idiosincrasia pel chinino.

Riamputazioni cinematiche ad ansa terminale dell'avambraccio.

A. CHIASSERINI. — L'O. presenta vari soggetti nei quali ha praticato la riamputazione cinematica ad ansa terminale dell'avambraccio. Espone il metodo usato ed i vantaggi che ne ha ottenuto.

Ferita da arma da fuoco dell'addome con perforazione intestinale guarita spontaneamente: pseudo-tubercolosi peritoneale.

Prof. G. EGIDI. — Dice come abbia potuto in seguito constatare nel soggetto i segni di una pseudo tubercolosi peritoneale. A tal proposito ricorda come un caso di pseudo tubercolosi peritoneale sia stato osservato dieci anni or sono dal prof. Alessandri.

Presenza nelle urine delle così dette vitamine.

Prof. G. GAGLIO. — L'O. riferisce su esperienze fatte su colombi ammalati di polineurite, nei quali la somministrazione di pochi cc. di urina umana mostra rapidi effetti curativi, più intensi di quelli che descrive il Funk per la somministrazione di vitamine estratte dalla crusca di riso e dal lievito di birra.

Per la interpretazione di queste esperenze si potrebbe pensare che per i reni si eliminano le vitamine che si formano nell'organismo e che ad esso pervengono con gli alimenti nei quali sono diffusissime, specie nei vegetali, e debbono comprendersi fra quelle che si indicano come sostanze estrattive azotate o contenenti azoto non proteico.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Focometro ad aghi per ampolle X.

A. BUSI. — Presenta e descrive questo suo focometro, il quale avrebbe sugli altri il doppio vantaggio di potere essere costruito da chiunque e con spesa assai piccola, e di dare informazioni paragonabili per qualunque ampolla e in qualunque gabinetto, purchè usato nelle stesse condizioni di distanza. Espone poi come lo si costruisce e quindi ne illustra l'uso.

Lo stesso comunica un suo *Studio radiologico in un caso di fistola cistico-duodenale* e presenta radiografie relative.

La difesa sociale contro la sifilide e le malattie veneree e contro alcuni dermatosi.

F. DE NAPOLI. — È una relazione che l'O. ha letto alla 24ª Sezione, di cui fa parte, e che riguarda l'igiene sociale, della Commissione generale per il dopoguerra, nella riunione del 27 gennaio u. s., collegata alla deliberazione del decreto luogotenenziale del 3 sett. 1916, che dava incarico ad una Commissione di preparare un nuovo regolamento per la profilassi delle malattie celtiche da sostituire da quello approvato nel 1905. La relazione termina con l'ordine del giorno approvato dalla Commissione e già riportato.

Di una particolare anomalia dentale frequentemente riscontrabile nei rachitici.

V. CERVONE. — Consiste questa in uno sviluppo più o meno accentuato, tanto in lunghezza quanto in grossezza, dei canini, che perciò ricordano il dente ferino o scimmiesco. Per suggerimento del prof. Francioni, direttore della Clinica pediatrica, ha studiato questa anomalia su tutti i bambini che sono passati per la clinica stessa in un dato periodo, ed ora riferisce i risultati dei suoi esami cercando di commentare il fenomeno con dati ricavati dall'embrologia e dalla filogenesi.

N. SAMAIA. *Pressione arteriale destra e pressione arteriale sinistra nell'uomo normale.*.

Seconda nota: *Asimmetria della pressione arteriale e pulsus differens da anomalia d'origine del tronco brachio-cefalico.*

Terza nota: *Asimmetrie della pressione arteriale e diagnosi di sede nell'emiplegia.*

F. ROSSI. *L'enfisema sottocutaneo nelle ferite del torace.* Casi clinici e considerazioni.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Gravidanza e tubercolosi polmonare.

Norris e Landis (*The Medical Review*, volume XXII, n. 5, 1919) riferiscono che dalla statistica di Bacon, compilata nel 1913, risulta che ogni anno 32,000 donne tubercolose diventano gravide e che da 44,000 a 48,000 donne di età media muoiono ogni anno per tubercolosi. Si è constatato in molti casi la manifestazione di un processo tubercolare durante la gravidanza; oltre a questo, dalle osservazioni fatte nell'Istituto di Fhipps, risulta che in 70 % di donne tbc. la gravidanza ha favorito lo sviluppo del processo tubercolare. Nei Sanatori tedeschi è stato osservato che 25 % di donne tubercolose sono adatte al lavoro soltanto per quattro anni dopo il primo parto. Osler dice: una donna tubercolosa sopporta il primo parto bene, il secondo con difficoltà, il terzo mai.

Dallo studio della letteratura riguardante questo argomento, come per esperienza personale, l'A. trae la seguente conclusione: in generale a una donna tubercolosa deve esser sconsigliato il concepimento; avvenuto questo, prima che la donna entri nel 5° mese della gravidanza è indicato il vuotamento dell'utero per prevenire l'ulteriore sviluppo del processo tubercolare, tanto di più quando si tratta di tubercolosi laringea. Raschiamento durante le prime 6 o 8 settimane della gravidanza ed isterectomia vaginale più tardi sono consigliate dall'A.

Dopo il 5° mese l'interruzione della gravidanza è poco utile. È necessario spesso l'applicazione del forcipe e l'anestesia coll'etere (nei processi tubercolari iniziali) o meglio l'anestesia spinale.

Si deve proibire l'allattamento alla madre e consigliare l'allontanamento del bambino. Finora non è stata dimostrata la presenza dei bacilli tubercolari nel latte della madre, ma quest'ultima può trasmettere l'infezione per mezzo del suo espettorato.

La tubercolosi polmonare influisce poco sul corso della gravidanza ad eccezione degli stadii avanzati, non provoca aborti, nè parti prematuri. Soltanto alle donne tubercolose con processi specifici iniziali o nelle quali il processo tbc. non ha dato manifestazioni per due anni, può esser concessa la gravidanza.

Dopo l'interruzione della gravidanza di solito si nota un miglioramento nelle condizioni generali della donna, ma questo risultato è piuttosto tardivo; l'intervento dopo il 5° mese non dà risultati sodisfacenti. Nella maggior parte dei casi la tubercolosi polmonare precede la gravidanza; questa soltanto favorisce la manifestazione dei primi sintomi della tubercolosi.

R. OSSLAN.

Sulla gravidanza extrauterina.

Hartmann e Bergeret (*Annales de Gynéc. et d'obst.* 6 apr. 1919) su 186 casi osservati, hanno rilevato in più che la metà che le donne erano già state anteriormente trattate per un'affezione dell'apparato utero-annessiale; i fenomeni infiammatorii anteriori si sono trovati specialmente nelle gravidanze ampollari, e sono invece stati più rari in quelle interstiziali o istmiche.

L'esistenza di lesioni patologiche utero-annessiali ha certamente una notevole influenza nello sviluppo della gravidanza extrauterina. Particolarmente frequenti sono le lesioni degli annessi dal lato opposto all'ematocele: parecchie volte sono state osservate retrodeviazioni o piccoli fibromi.

Sembra dunque ammissibile l'idea di Lawson Tait che attribuiva la gravidanza tubaria ad un attacco anteriore di leggiera salpingite, la quale lascierebbe lesioni che turberebbero la mobilità della tromba.

Per quanto riguarda lo stato dell'uovo, in 1/6 circa dei casi si è trovato l'embrione od il feto vivo; negli altri la diagnosi è stata fatta dal reperto della placenta o dei villi.

Le gravidanze extrauterine erano quasi esclusivamente sviluppate nella tromba, e solo pochissime volte l'uovo era fissato e sviluppato nella cavità addominale. La *grande inondazione* sanguigna addominale è la regola nelle gravidanze istmiche od interstiziali, ed è meno frequente in quelle ampollari.

Qual'è l'avvenire genitale di queste donne? Secondo le statistiche di Smith, la gravidanza ectopica recidiva nel 15 %, e nel 13.8 %, secondo Hartmann. Molte di queste donne però possono portare a termine una o più gravidanze normali; e se queste non sono più frequenti lo si deve al fatto che tali donne, per timore di nuove complicazioni, evitano il più possibile la gravidanza.

r. s.

Il parto indolore.

H. Schwarz (*Am. I. of Obstetrics*, gennaio 1919) fornisce la statistiche dell'ospedale da lui diretto. Su 1000 pazienti, che vi partorirono, 103 non ebbero alcun anestetico; venne somministrato il cloroformio in 377 casi; l'etere in 54 pazienti con tossiemia ed eclampsia. L'analgesia all'ossido nitroso ed ossigeno venne usata solo in 69

casi; l'A. però la considera come il mezzo analgesico più sicuro ed efficace. È consigliabile specialmente nelle multipare; esige la presenza dell'ostetrico. All'inizio di ogni contrazione, si fanno 4-6 inalazioni profonde del gas, allontanando la maschera prima che la contrazione uterina sia giunta al massimo; nel secondo stadio si spinge l'analgesia fino all'anestesia, facendo respingere continuamente il gas.

La seminarcosi alla scopolamina-narcofina è stata usata in 393 casi; le orecchie della paziente vengono dapprima turate con cotone imbevuto di olio e gli occhi ricoperti con garza.

La dose iniziale è in media di 1/133 di grano (gr. 0.00048): per le donne che pesano meno di 45 kg. basta 1/200 di grano (gr. 0.00032), per quelle oltre i 63 1/100 di grano (gr. 0.00065); alla prima iniezione si aggiunge 1/2 grano (gr. 0.032) di narcofina e 1/6 di grano (gr. 0.01) di morfina. La seconda iniezione si fa 45 minuti dopo la prima, praticando dapprima un'esplorazione vaginale per accertarsi del grado di dilatazione; quando questo è sufficiente, si sospenderà ogni iniezione. Prima di procedere alla seconda ed alle successive si dirà alla paziente di toccarsi la punta del naso con l'indice: se ciò viene fatto prontamente, si farà pure la iniezione, altrimenti questa viene omessa. Dopo la terza iniezione, la maggior parte delle pazienti rimane sufficientemente narcotizzata per un paio d'ore o più.

Questo metodo del sonno crepuscolare è il preferibile quando il primo stadio è protratto per parecchie ore; non si deve però spingere eccessivamente; va interrotto quando la pupilla, durante il massimo della contrazione non si dilata più perchè ha raggiunto il massimo di dilatazione. Nelle primipare si può dare un po' di cloroformio (10-15 goccie) quando il perineo incomincia a tendersi.

Questo metodo nelle mani dell'A. è risultato perfettamente sicuro. *r. s.*

L'apparecchio emostatico dell'utero.

M. Keiffer di Bruxelles (*La Presse Médicale*, 29 maggio 1919), ha fatto uno studio anatomico e fisiologico di alcuni elementi vascolari in forma di fessure, che si trovano lungo il tragitto dei capillari uterini e che sono costituiti da una parete ora sottile, ora spessa, circondata da uno strato spesso di tessuto congiuntivo, ove terminano delle fibrille muscolari a disposizione varia. Su tagli in serie, andando da un'estremità all'altra vi ha infatti distinto una zona sfinterica, una ampollare, un bulbo otturatore e una parte ristretta.

L'A. suppone che durante la contrazione uterina lo sfintere si chiuda e la fessura resti sotto tensione, ciò che realizza un sistema erettile, che contribuisce alla tonicità dell'organo. Durante il parto o la mestruazione poi la contrazione di questo sistema muscolare determinerebbe l'abbassamento della fessura, contribuendo così alla emostasi. Queste fessure sono molto numerose nella mucosa e nella muscolare dell'utero e non si trovano in altri organi. Esse sarebbero un'emanazione dei capillari venosi e ricevono nella loro parete delle piccole arteriole.

CESETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1032) *Forami da colpo di fucile.* — All'abb. n. 8243:

Tanto un fucile da caccia che un fucile da guerra possono produrre, se la canna è direttamente applicata sulla pelle, un foro d'entrata a margini regolari, non neri, senza escara. Ciò perchè tutta la carica penetra nel forame praticato dal proiettile.

Però l'evemenza è molto difficile ad osservarsi; ve ne sono dei casi, con fucili militari e rivoltelle, non ne conosco con fucili da caccia carichi a pallini. A. A.

1033) *Nei pervertimenti sessuali.* — All'abb. n. 10259:

Nulla vi è di più complesso e di difficile studio che il sentimento sessuale. Le nostre conoscenze, per l'enorme difficoltà di studiare questo sentimento, sono ancora scarse.

Soggetti completamente consapevoli della deviazione morbosa del loro sentimento, potranno con la volontà correggersi, ed anche il matrimonio potrebbe esser giovevole, abituando ad una data persona e stimolando l'eterosessualità. Ma non crederei opportuno, che il medico si assumesse la grave responsabilità di consigliare il matrimonio come metodo di cura.

A. A.

(1034). *Per l'uccisione delle zanzare.* — Al dott. C. R. Abb. 2246:

Possono essere sufficienti circa 30 gr. di zolfo per mc. di ambiente: è però necessario assicurarsi che lo zolfo bruci cmpletamente: in mancanza di apparecchi speciali si può mettere lo zolfo in una padella di ferro, cospargerlo di alcool e dargli fuoco. Al di sotto della padella, si colloca una lampadina a spirito che mantenendo lo zolfo fuso, impedisce la formazione dei crostoni. I tessuti, i metalli ed il mobilio non subiscono alterazioni notevoli specialmente se l'umidità dell'ambiente non è rilevante: ad ogni

modo si possono proteggere ricoprendoli con stracci asciutti. *fil.*

(1035). Al dott. S. B. Menfi:

Attualmente in Italia non si pubblicano che gli Archivi di Oftalmologia di Napoli.

Gli Annali di Oftalmologia e Clinica oculistica riprenderanno la loro pubblicazione nel prossimo anno. Dott. MAGGIORE.

(1036): All'abb. n. 8420:

Può consultare la parte del trattato francese di Gilbert e Thoinot che svolge le malattie di stomaco. Essa è fatta da Hayem e Lyon. Anche ottimo è il trattato di Schmidt sulle malattie intestinali. Ambedue tradotti in italiano.

P. A.

(1037). Al dott. M. R. di T.:

Come microscopia e chimica clinica sono consigliabili il Daddi ed il Silvestrini, edito il primo dalla Soc. ed. libraria di Milano, il secondo da F. Vallardi pure di Milano. Anche il Bard (Précis d'examens de laboratoire) Masson, Parigi, può rispondere allo scopo.

t. p.

(1038). Al dott. M. R. Abbonato 7216. — Manuale di Operazioni Ostetriche del Morisani edito dalla Ditta Fr. Vallardi di Milano.

r. s.

(1039) All'abb. n. 8064:

Si è già risposto altre volte. Veda nel fasc. 8 di quest'anno al n. 1038 di questa rubrica.

È uscito recentemente un volume *Stomatologia per il medico pratico* di P. Réal, édito da Masson e C. di Parigi (290 pagine in 8°, con 169 figure e 4 tavole; 1919; prezzo fr. 7), il quale potrà essere utilmente consultato. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

G. BILANCIONI. *La laringe il sistema nervoso cerebro-spinale; fisiopatologia e clinica.* Roma, amministrazione del giornale « Il Policlinico », 1919. Un vol. di pag. 463, con 37 figure nel testo. Prezzo L. 18.

Ardua impresa quella a cui si è accinto il Bilancioni, di cui è superfluo ricordare la nota competenza e instancabile operosità nel campo della otorinolaringojatria, nel presente volume; ardua ma non meno feconda di risultati teorici e pratici.

Da un rapido sguardo dell'indice si desumono la vastità e l'importanza dell'argomento trattato.

Il libro è diviso in due parti; nella parte generale si occupa dei centri laringei (fonatori e respiratori), scaglionati lungo l'asse cerebrospinale, dai centri corticali a quelli subcorticali, bulbari, cerebellari e spinali, sulla base dei dati sperimentali e dei dati anatomopatologici e clinici. Segue un capitolo sui rapporti fra le funzioni simpatiche e le funzioni laringee.

Nella parte speciale (che è la più ampia) tratta delle diverse lesioni e malattie nervose che producono, e sono o possono essere accompagnate da speciali disturbi della funzione laringea. Esse sono le lesioni cerebrali, corticali e subcorticali; la paralisi pseudobulbare; il morbo di Little, la paralisi agitante, la corea, l'isterismo, le malattie mentali, l'epilessia, la neurasenia. Seguirono le lesioni cerebellari, le lesioni bulbari (la paralisi labioglossolaringea, la sclerosi a placche, la siringomielia, le paralisi laringee associate, la miotonie e miastenia grave); le lesioni spinali (la tabe dorsale, la malattia di Friedreich, la sclerosi laterale amiotrofica, l'atrofia muscolare progressiva, la poliomielite, la malattia di Landry); le lesioni del simpatico.

Chiude un epilogo.

Ogni capitolo, riassumendo i risultati di osservazioni altrui e proprie, rappresenta lo stato attuale delle nostre conoscenze sull'argomento; abbondanti e scrupolose notizie bibliografiche, attinte alle varie e spesso disparate sorgenti scientifiche, facile esposizione obiettiva dei fatti e delle dottrine, sono i pregi del volume, che per la speciale importanza dell'argomento, esaurientemente trattato, merita di essere studiato e consultato non solo dagli specialisti laringologi, ma anche dai neurologi e dai medici tutti.

Esso è veramente uno di quei rari trattati monografici, che fanno onore agli autori e alla letteratura medica italiana. BAGLIONI.

VARIA.

Lo spopolamento della Francia. — Il professor Blanchard dell'Università di Grénoble ha pubblicato in questi giorni un quadro impressionante delle perdite della Francia in uomini e ne trae conclusioni gravissime per le condizioni future della mano d'opera.

In conseguenza della guerra, sia per le vittime, sia per il *deficit* di nascite, la popolazione francese è diminuita di circa tre milioni di individui, cioè della tredicesima parte della popolazione totale. Si può calcolare che la popolazione attiva mascolina, tra il 1871 ed il 1918, sia diminuita di oltre un quinto e di quasi un quarto. A tale mancanza di braccia, che si verrà aggravando nel corso degli anni, è necessario supplire, secondo l'A., con un accrescimento di sforzi, una nuova organizzazione del lavoro, ed un risveglio delle energie della razza.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'assicurazione contro le malattie.

La Commissione governativa incaricata di preparare un disegno di legge per l'assicurazione statale obbligatoria contro le malattie ha stabilito, in una serie di recenti sedute, di accogliere nelle linee generali il programma massimo elaborato dal relatore comm. Gobbi, in seguito ad incarico affidatogli nelle sessioni precedenti.

Ad esso verrà adattata la relazione tecnica affidata al comm. Toja.

Si è proposto che l'assistenza sanitaria generale venga esercitata dagli « Istituti di previdenza sociale », che sorgeranno nell'ambito delle province. Ad essi verranno devolute anche le funzioni di assistenza sanitaria ai poveri, assegnate ai Comuni dalla legge t. u. 1º agosto 1907, n. 631.

L'assistenza sanitaria (domiciliare e ambulatoria) verrà esercitata per mezzo di personale sanitario direttivo e ispettivo, di medici fiduciari o di zona e di medici liberi esercenti.

I posti vacanti del corpo sanitario direttivo, ispettivo e fiduciario verranno coperti per concorso. Gli attuali medici condotti passano però, senz'altro, quali medici fiduciari, alle dipendenze dell'Istituto di previdenza della cui circoscrizione fanno parte i comuni condottati, e mantengono di fronte ad esso tutti i loro diritti e doveri.

I medici liberi esercenti che intendono prestare la loro opera presso gli Istituti di assicurazione dovranno iscriversi presso gli Istituti stessi e sottostare agli obblighi stabiliti dai regolamenti.

Così i medici fiduciari come i medici liberi esercenti saranno retribuiti con onorari corrispondenti alle prestazioni date. I medici fiduciari riceveranno, in più, uno stipendio base o indennità di residenza.

Gli assicurati e le persone delle loro famiglie aventi diritto all'assistenza potranno essere curati, a loro richiesta, così dai medici di zona, come dai medici liberi esercenti inscritti nell'albo degli Istituti.

Nell'insieme, viene dunque ad essere consentita la libera scelta del medico; in modo che i liberi esercenti potranno curare i malati senza nessuna restrizione, ricevendo l'identico compenso assegnato ai medici fiduciari. Questi riceveranno però due ordini di compensi: l'indennità residenziale e le competenze commisurate alle prestazioni.

Avvertiamo che la soluzione progettata coincide, *grosso modo*, con le proposte che furono avanzate nel nostro giornale.

La *vigilanza igienica* rimane affidata ai comuni secondo l'art. 3 della legge t. u. 1º agosto 1907, n. 636; ma i medici dipendenti dagli Istituti di previdenza sociale dovranno prestarvisi, secondo le norme del regolamento per la v. i.

Per quanto riguarda l'*assistenza ospedaliera*, gl'Istituti di previdenza sociale vi provvederanno:

1) assumendo l'amministrazione degli ospedali esistenti nella loro circoscrizione che ricoverino prevalentemente ammalati assistiti dagli Istituti provinciali e dalle Casse. La trasformazione dei detti ospedali sarà fatta per decreto reale sentiti i Consigli superiori di Sanità e di beneficenza, rispettando gli obblighi fissati nelle tavole di fondazione specialmente per quanto riguarda l'obbligo di ricoverare determinate categorie di persone;

2) fondando nuovi ospedali od ampliando quelli esistenti;

3) mediante convenzioni con gli ospedali non ancora trasformati a norma del n. 1 o di cui sia il caso di non attuare la trasformazione.

Per il *servizio farmaceutico* si è deliberato:

che agl'Istituti di previdenza sociale competeranno gli stessi diritti assicurati ai Comuni ed alle istituzioni pubbliche di beneficenza dall'art. 12 della legge 22 maggio 1913 sull'esercizio delle farmacie;

che là dove esistono farmacie legalmente riconosciute, gl'Istituti stipuleranno con esse convenzioni, sulla base sulla tariffa ufficiale promulgata dal C. S. S.; ma ogni istituto d'assicurazione potrà contrattare coi farmacisti del luogo per ottenere ribassi globali o parziali su quelle tariffe;

che dove non esistono attualmente farmacie, ma venissero a sorgere, l'Istituto di previdenza sociale debba concedere ai farmacisti una speciale indennità di residenza (come ai medici fiduciari);

che l'Istituto paghi la metà delle quote necessarie per le assicurazioni di tutti i farmacisti ad una speciale cassa pensioni.

Si è convenuto che il progetto non debba essere approvato per Decreto Reale, ma sottoposto alla discussione del Parlamento.

Conquiste dei medici condotti.

IN PROVINCIA DI BRESCIA.

1º Abolizione della condotta piena entro il 1º gennaio 1920.

2º Nei concorsi a condotte vacanti verrà assegnata un'indennità residenziale di L. 4500 compresa la cura di mille poveri; per la cura di ogni povero in più, da mille a duemila, lire due; per la cura di ogni povero oltre il numero di duemila: lire quattro.

3º Dopo il biennio di prova l'indennità residenziale sarà portata a L. 5000.

4° Per i medici già in carica l'indennità residenziale sarà di L. 5000, compresavi la cura di 1000 poveri; anche in questo caso l'addizionale per ogni povero in più oltre il primo migliaio sarà di lire 2 fino a duemila, e di lire 4 da duemila a tremila.

5° Lire 2000 per indennità cavalcatura; lire 1000 per indennità motocicletta; lire 500 per indennità bicicletta.

6° 5 aumenti quinquennali del decimo retrodatati.

7° Indennità ufficiale sanitario lire 300 fino a 3000 abitanti; lire 10 in più ogni 300 abitanti eccedenti i 3000.

8° Il Prefetto ha preso impegno scritto di imporre simili patti ai Comuni che si rifiutassero di accoglierli spontaneamente.

IN PROVINCIA DI CREMONA.

1° Riconoscimento da parte dei Comuni della organizzazione dei medici condotti e quindi intervento dei rappresentanti dell'Ass. Naz. dei M. C. in ogni questione riflettente i rapporti fra medici e Comuni.

2° Abolizione, senza eccezione, della condotta piena entro il 1° gennaio 1920.

3° Indennità residenziale lire 5600.

4° Addizionale di L. 2000 per il primo migliaio di poveri qualunque sia il loro numero; lire 2 per ogni povero in più fino a 3000 e lire 1.50 per ogni povero in più oltre i 3000.

5° Indennità di L. 1500 per mezzo di trasporto.

6° Indennità da L. 300 a L. 500 per Uff. San.

7° Numero quattro aumenti quinquennali del 10 % sull'indennità residenziale a partire dal 1° gennaio 1920.

8° Revisione dell'elenco dei poveri.

9° Indennità da stabilirsi per il congedo annuo non usufruito indipendentemente dalla volontà del titolare della condotta.

10° Revisione dei capitolati vigenti in base ad un capitolato modello da studiarsi.

11° Indennità straordinaria per il corr. 1919 che varia da L. 800 a L. 1200.

NELLA SEZIONE DI COMO.

Servizio Condotte Mediche. — La Commissione intercircondariale dei Sindaci dei Comuni della Provincia di Como e la rappresentanza intercircondariale dei medici condotti.

Premesso e convenuto che in alcuni casi speciali le condotte e consorzi medici potranno essere riformati modificandone la circoscrizione, e per conseguenza si prenderanno opportuni provvedimenti per mettere i Comuni interessati in condizione di attuare le modificazioni accennate; stabiliscono di comune accordo i patti contrattuali da introdurre per il 1° gennaio 1920 nei nuovi Capitolati per il servizio dei medici condotti.

1. — Abolizione della condotta piena, a norma della circolare del Ministero dell'Interno 26 agosto 1919 n. 20400-32374.

2. — Per determinare l'ammontare dello stipendio nelle singole condotte, dovendosi tenere in considerazione le svariate condizioni topografiche e demografiche delle varie regioni componenti la Provincia di Como, si dividono le condotte in 3 categorie: *Condotte comuni — Condotte disagiate — Condotte di città*.

Condotte comuni. — Per i concorsi nuovi, indennità di residenza, compresa l'addizionale per i primi 1000 poveri, L. 5500. Dopo un biennio di prova l'indennità sarà elevata a L. 6000.

Per i medici stabili L. 6000, compresa l'addizionale per i primi 1000 poveri.

Addizionale per ogni povero in più dai 1000 ai 2000; lire 2 per ogni povero, dai 2000 in su L. 3

Per le condotte aventi popolazione superiore a 5500 abitanti, la differenza di stipendio da comprendersi in aumento verrà stabilita da una speciale Commissione arbitrale, composta di un rappresentante della Deputazione Provinciale, del Sindaco del Comune interessato o Presidente del Consorzio medico e dal rappresentante circondariale della classe medica.

Le condotte di Valle di Varese e Vighizzolo devono considerarsi condotte comuni.

Condotte disagiate. — Per condotte disagiate devono intendersi quelle di montagna, faticose. In caso di contestazioni circa tale qualifica, la vertenza verrà sottoposta al giudizio della suddetta Commissione arbitrale.

Per i concorsi nuovi, indennità minima di residenza L. 6000, compresa l'addizionale per i primi 500 poveri. Dopo un biennio di prova: L. 6500 compresa l'addizionale per i primi 500 poveri.

Per i Medici stabili L. 6500 compresa l'addizionale per i primi 500 poveri.

Addizionale di L. 2.50 per ogni povero in più.
Indennità di cavalcatura L. 800.

Condotte in città. — Per i concorsi nuovi, indennità minima di residenza lire 5500, compresa l'addizionale per i primi 1500 poveri. Dopo un biennio di prova L. 6000, compresa l'addizionale per i primi 1500 poveri.

Addizionale di L. 2 per ogni povero in più.

3. — Indennità per l'Ufficiale Sanitario L. 500.

4. — Nei casi in cui i Comuni fanno obbligo ai medici di servirsi dei mezzi di trasporto, le indennità da corrispondersi sono le seguenti:

Per cavallo od automobile L. 2000; per motocicletta lire 1200; per bicicletta L. 700. Dove esiste uno speciale contratto di fornitura fra medico e conducente, dovrà essere diffalcata la mensilità corrispondente al periodo di congedo ordinario.

5. — N. 3 aumenti quinquennali del decimo del-

l'indennità, salvi i diritti acquisiti, nel caso in cui il medico godess di miglior trattamento.

Si considera maturato un quinquennio, per i medici che abbiano 10 anni di servizio, prestato nel medesimo comune.

6. — Quei titolari di condotta che ritenessero indispensabile il mezzo di trasporto per la regolarità del servizio, presenteranno analoga domanda all'Autorità Comunale.

In caso di contestazione, sarà giudice dell'opportunità della richiesta la Commissione arbitrale suaccennata.

7. — Nessun medico condotto potrà essere obbligato a sostituire un collega del medesimo comune o di una condotta vicina, durante il congedo annuo ordinario.

Al periodo di congedo ordinario dovranno provvedere totalmente i Comuni.

Il medico che non avrà potuto usufruire del periodo di congedo ordinario, o per ragioni sanitarie o per altro motivo d'indole generale, avrà sempre diritto ad un compenso per questo suo maggior lavoro. Il compenso non sarà mai inferiore alle lire 20 al giorno.

8. — Durante l'anno di aspettativa per malattia non contratta in servizio, dovrà venire corrisposta al medico metà della indennità residenziale.

9. — Ogni quindici giorni spetterà al medico una vacanza di 24 ore. Egli provvederà alla supplenza e sarà a suo carico l'eventuale retribuzione al medico supplente.

10. — Le vaccinazioni generali, eccettuate le antivaiuolose, saranno compensate al medico con tariffe da concordarsi.

11. — Il medico avrà l'obbligo di rilasciare gratuitamente ai poveri solo i certificati richiesti dall'Autorità Comunale, dall'Autorità Giudiziaria o per beneficenza. Per i certificati di interesse privato, il medico avrà diritto ad un onorario a carico dello interessato di L. 2 per certificato, se trattasi di abbiente, e di L. 1 se non abbiente.

12. — Per la tariffa riferentesi alle visite degli abbienti, ritenendosi opportuno fare una distinzione fra agiati propriamente detti e semplici abbienti, si conviene che qualora non intervenga un accordo fra medico condotto e Comune nello stabilire una tariffa massima per la seconda categoria, essa sarà formulata, a richiesta della Prefettura, dal competente Ordine dei Medici a norma dell'articolo 8 lettera *D*, della legge 10 luglio 1909.

13. — Il locale dell'Ambulatorio, i medicinali, presidî chirurgici ed il personale di servizio saranno forniti gratuitamente dal Comune.

NELLA VALLE DI LANZO.

I Sindaci della Valle d Lanzo, riuniti a Ciriè, sentite le relazioni del dott. Maffei pei Medici e del dott. Lauri pei Veterinari della Provincia di Torino, dopo lunga discussione ritennero doveroso addivenire ad aumenti di retribuzione dei Medici e Veterinari Condotti, consoni ai bisogni dei tempi e alla dignità professionale. E, viste le proposte di quei rappresentanti di classe, si impegnarono di proporre a proprii Consigli Comunali le deliberazioni opportune, instando per la loro approvazione.

Contro l'abolizione della condotta piena.

Oltre duecento sindaci della Provincia di Bergamo, riuniti in assemblea, hanno votato un vibratissimo ordine del giorno contro i provvedimento dell'autorità statale che abolisce la condotta piena, ed instaura quella residenziale (cfr. nostro fasc. 33, p. 1003), venendo così a ledere i dirtti delle autonomie locali, ed hanno deliberato di iniziare una. vivace campagna contro il provvedimento stesso.

Ancora il caso del prof. Masnata di Stradetta.

Sono ben noti i termini della quistione vertente tra il prof. Masnata e l'amministrazione dell'Ospedale di Stradella.

Altra volta il nostro giornale si è occupato di tale quistione, che ora appassiona tanto la classe medica.

Esponemmo allora poche considerazioni giuridiche che avrebbero dovuto far recedere la Pia Amministrazione dall'attuare il suo illegale proposito. Le esponemmo con fede e piena convinzione che la nostra parola, calma e serena, avesse sortito un benefico effetto.

Pur troppo ciò non è avvenuto.

Ne siamo dolenti non solo perchè vediamo perpetuata ed ingigantita una lotta alla persona, che riesce di avvilimento alla intera classe dei professionisti che esercitano l'alta e delicata missione della assistenza sanitaria ospedaliera e comunale; ma anche perchè dalle dichiarazioni pubblicate dal prof. Masnata, deduciamo che l'allontanamento del sanitario, il quale per moltissimi anni avea retto con piena soddisfazione, riconosciuta dagli stessi amministratori, uno dei più importanti ospedali, non fu determinato da ragioni di servizio, che nel fatto completamente esulavano, ma solo da sterile acrimonia ed animosità partigiana.

Il prof. Masnata ha disimpegnato sempre con zelo il servizio, si è prestato in tutti i tempi ed in tutte le circostanze con puntualità ed esattezza, ha spesso sopportati sacrifizii personali non lievi per rispondere con vero filantropic al proprio mandato ed ha soddisfatto la popolazione, che in gran parte gli è rimasta tuttora grata e devota.

Or, se lodevole fu l'opera prestata dal prof. Masnata, perchè l'Amministrazione Ospedaliera ha creduto revocare la di lui nomina a vita ed invitarlo a dimettersi?

La diversa convinzione politica non avrebbe potuto determinare l'esodo del proprio dipendente e consigliare l'attuazione dell'estremo provvedimento del licenziamento, se non si fosse estrinsecata in atti lesivi del decoro di un pubblico ufficiale o del regolare andamento del servizio, che era a questi affidato.

Il Masnata, professionista distinto, che oltre ad essere meritamente stimato dalla classe cui appartiene, ha dato prova di valore e di abnegazione al fronte, meritandosi la promozione a tenente colonnello medico e distinguendosi per operosità e filantropia nella direzione di un ospedaletto da campo, non poteva vedersi fatto segno a duro trattamento. E ciò tanto maggiormente in quanto tale duro trattamento viola un suo diritto, acquisito in forza di indefesso ed assiduo lavoro, quale la sua nomina a vita ottenuta fin dall'ottobre del 1915, alla vigilia della sua partenza pel fronte.

La testuale motivazione del relativo deliberato è molto lusinghiera e suona così:

« L'Amministrazione unanimamente apprezzando ed approvando l'opera fin quì svolta quale medico chirurgo Direttore del Civico Ospedale, ammirando l'odierno atto della S. V.sima che, spinto da un sentimento umanitario, abbandonò gli agi, la vita comoda e tranquilla, la famiglia, per portare con generoso slancio l'opera preziosa di valente chirurgo là dove il bisogno è maggiormente sentito, delibera di nominarla a vita ».

Appena ritornato dal fronte, il Masnata non è più il valente chirurgo di prima, non è più l'eroe, che generosamente lascia gli agi ed i comodi della vita, per porgere il contributo della sua attività e della sua scienza alla Patria, non è più il cittadino esemplare ed umanitario, che compie con zelo il proprio dovere; e viene licenziato puramente e semplicemente con invito a dimettersi.

Ma perchè, torniamo a ripetere?

Dovendosi escludere, pertanto, ogni qualsiasi anche lontano motivo di servizio, il provvedimento deliberato a carico del Masnata non trova altra spiegazione che nelle suaccennate divergenze di opinioni politiche, che avrebbero potuto e dovuto in altre sedi ed in altri modi avere reciproco sfogo, senza annebbiare e sconvolgere uno dei più importanti servizii civici.

Il fatto ha prodotta penosa impressione nella intera classe dei medici, è stato riprovato dalla stampa ed ha suscitato un plebiscito di solidarietà con il professionista ingiustamente colpito.

Auguriamoci che l'atto illegale ed ingiusto possa essere *convenientemente* riparato.

Pagamento pensioni. Facilitazioni.

Con R. D. del 2 settembre p.p. n. 1653 pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 24 dello stesso mese fu disposto che il pagamento degli assegni fissi ai pensionati dello Stato e degli istituti di previdenza amministrati dalla Cassa dei Depositi e prestiti potrà essere fatto a mezzo del servizio dei conti correnti ed assegni postali. I pensionati saranno dispensati dall'obbligo di presentare il certificato di esistenza in vita per la riscossione delle somme loro dovute, quando tale riscossione venga fatta direttamente dai creditori.

Saranno parimenti dispensati dal presentare il certificato di vedovanza o di stato libero le vedove e le orfane nubili provviste di pensione di riversibilità.

All'atto della consegna del titolo di pagamento della pensione le vedove e le orfani nubili o i rappresentanti di queste, se minorenni, dovranno firmare una dichiarazione dalla quale risultò che le vedove non sono passate a seconde nozze e che le orfane pensionate conservino lo stato libero.

I pensionati residenti all'estero per la riscossione dei loro assegni dovranno produrre il certificato di vita.

Con successivi Decreti dei Ministri del Tesoro e delle poste e dei telegrafi saranno dettate le norme per la esecuzione di tale Decreto e saranno stabilite le epoche della applicazione graduale nelle diverse provincie del Regno del nuovo modo di pagamento.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7968) *Iniezioni ipodermiche.* — Dott. A. G. da L. C.: Il Consiglio di Stato con parere del 13 giugno 1913 ha dichiarato che non spetta al medico condotto alcun compenso speciale per le iniezioni ipodermiche prestate ad un ammalato povero. Credemmo, però, che si possa a tale prestazione, sottrarre il sanitario sol quando dichiari sotto la propria responsabilità e secondo la propria coscienza che la cura proposta sia non solamente inefficace ma addirittura nociva.

(7969) *Ufficiale sanitario — Compenso.* — Dott. V. N. M. da O.: Non avendo Ella chiesto mai compenso per l'esercizio della carica di ufficiale sanitario, che senza alcun incarico formale e senza obbligo di capitolato, ha esercitato per cinque anni, non può nulla pretendere per il tempo passato potendosi eccepire la gratuità della prestazione o che, quanto meno, il compenso fosse conglobato nello stipendio, e ciò tanto maggiormente in quanto nessuna somma era all'uopo stanziata in bilancio. Pel tratto avvenire potrebbe chiedere compenso al Comune se ed in quanto lo stipendio fosse esclusivamente destinato alla cura di assistenza dei poveri.

(7970) *Tassa di Ricchezza Mobile. Aumento di stipendio.* — Dott. G. D'A. da C.: Se il capito-

lato con cui Ella fu nominata medico condotto di codesto Comune portava la esenzione dal pagamento della tassa di Ricchezza mobile e se tale esenzione fu, a suo tempo, regolarmente approvata dalla Autorità tutoria, Ella ha ora un vero diritto acquisito a pretendere che gli assegni mensili Le sieno corrisposti al netto. L'innovazione fatta dal Comune avrebbe dovuto riportare, almeno, il suo consenso altrimenti efimero e semplicemente figurativo si presenta il concesso aumento di stipendio.

Il non aver ripartito l'aumento deliberato fra la condotta piena e quella dei poveri non pare possa portarle nocumento ma bensì un vantaggio dal momento che con circolare del 26 agosto ultimo il Ministero dell'Interno ha disposto la soppressione di tutte le condotte piene e la conseguente riduzione alle sole condotte residenziali.

(7971) *Infortunii degli operai sul lavoro.* — Dott. R. M. da C.: L'obbligo della denunzia di infortunii avvenuti sul lavoro compete unicamente al capo od esercente l'impresa e non al medico chiamato ad apprestare le prime cure. E se l'impresa omette di adempiere a tale obbligo non è, perciò, responsabile in alcun modo il sanitario. Il medico è obbligato a rilasciare in doppio esemplare il primo certificato anche quando l'impresa non chieda il duplicato o non presenti il modulo relativo essendo tassativa ed assoluta la disposizione contenuta nel n. 2 dell'articolo 149 del regolamento. In mancanza del secondo modulo prescritto potrà il medico redigere il duplicato indicando solamente le generalità dell'infortunato o l'infermità di cui è vittima con la indicazione dei giorni occorrenti presumibilmente per la completa guarigione. I compensi stabiliti dal precitato articolo 149 sono sempre in vigore e, cioè, lire 2,00 per il primo certificato (in doppio esemplare) e per l'ultimo attestante l'esito definitivo della lesione e centesimi 50 per ognuno di quelli che sono necessarii per comprovare la continuazione della inabilità al lavoro.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

Chirurgo esperto, da poco congedato, lunga pratica condotte e ospedali, cerca buon interinato chirurgico. Rivolgersi: Alessandro Monachesi, via Mazzini 14, Bologna.

Medico-chirurgo laureato da quattro anni, con buona pratica ospitaliera, cerca conveniente interinato con preferenza nell'Italia settentrionale o centrale. Rivolgere richiesta al dott. Nicola Bindi in Atri (Teramo).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NEL SERVIZIO SANITARIO FERROVIARIO.

Sono stati nominati Capi Divisione i dottori Baldi e Pedrazzoli; Medici capi i dottori Arrighi, Gandini, Tomai; Medici principali i dottori Correra, Della Cella, Dragotti, Giribaldi, Lo Cascio, Lo Vecchio, Potenza, Recchi, Teppati, Tognetti.

Nel porgere a tutti le nostre congratulazioni ci compiacciamo particolarmente per la meritata promozione del nostro compagno di lavoro dottor Giuseppe Dragotti.

NOTIZIE DIVERSE.

Riforma naturalistica del cedice penale.

Il Ministro di Grazia e Giustizia S. E. Mortara, ha nominata una commissione con lo scopo di studiare, dal punto di vista tanto legale quanto medico-naturalistico, i provvedimenti da prendere nel complesso delle condizioni di vita sociale per la profilassi della delinquenza; definire i criteri capaci a scoprire le forme diverse di delinquenza; riprendere lo studio delle norme vigenti relativamente alla punibilità dei reati in rapporto alla età, alla ubbriachezza, alle infermità mentali alle infezioni. La Commissione è presieduta dall'on. Enrico Ferri ed è composta dall'on. Garofalo pres. suppl.; dall'on. sen. prof. Alessandro Lustig; degli on. deputati Berenini, De Nicola, Stoppato; dei magistrati De Notaristefani, Alberici, Maietti; dei prof. Carnevale, De Sanctis, Ferrari, Florian, Ottolenghi. L'ufficio di segreteria è composto del prof. Crispigni, del giudice Ricci, e dei funzionarii del Ministero di Grazia e Giustizia, Spallanzani, Santer e Piacentini.

La statistica degli infortuni del lavoro.

L'applicazione della legge sugli infortuni in agricoltura ed il ritorno, con la fine della guerra, al dovere di accurati studi dei fenomeni sociali inerenti alla legislazione del lavoro, hanno richiamato alla necessità della formazione di una regolare e sistematica « statistica degli infortuni del lavoro ».

La Cassa Nazionale Infortuni, che per le assicurazioni operaie possiede una organizzazione nazionale estesa e decentrata, ha provveduto ad organizzare tale statistica. Una Commissione di competenti è stata incaricata di preparare l'integrale programma.

Ha terminato ora i suoi lavori la speciale Commissione per la « Statistica medica », alla quale si connettono problemi e studi importantissimi di patologia, di sociologia e di legislazione.

La classificazione delle lesioni da infortunio, difficilissimo argomento e nella scienza e nella pratica, è stato oggetto del più intenso e appassionato studio e ne è scaturita una classificazione che ha preso per elemento informatore la classificazione scientifica causale proposta dal Borri nella sua opera dottrinale di infortunistica.

Il fattore causale, completato dal fattore effet-

tuale secondo le proposte del relatore Polidori, permette di studiare ed aggruppare le lesioni da infortunio con metodo nuovo ed originale e di piena attuabilità pratica. La realizzazione della statistica infortuni segnerà una nuova vittoria del grande Istituto Assicuratore, il quale si appresta per il bene delle classi operaie, a una sempre maggiore estensione e intensificazione dell'opera sua.

Polizia Saniiaria nei Comune di Roma.

Il sen. prof. Marchiafava sta affrontando una riforma dei laboratori di chimica e batteriologia alla dipendenza del Municipio perchè meglio rispondano alle esigenze della polizia sanitaria e della pubblica igiene. Il suo programma tende, oltrechè ad accentrare tutti i servizi igienico-sanitarii in unico edificio, ad aumentare la dotazione del materiale sanitario, ad aumentare il personale tecnico di servizio ed a concretare un regolamento igienico definitivo.

A favore delle donne vittime delle violenze sessuali del nemieo.

Fra i provvedimenti che il Governo viene attuando in favore delle terre del Veneto che furono invase dal nemico, ve ne sarà uno tendente alla sistemazione della pietosa situazione degli innocenti nati dalla violenza soldatesca.

In un recente comunicato della Commissione d'inchiesta per l'accertamento delle violazioni al diritto delle genti, commesse dal nemico nell terre invase, si raccontano episodî atroci di voilenza commessi dai soldati dell'esercito invasore.

Il Governo, al pari di quello di Francia e del Belgio, le cui donne dovettero subire lo stesso oltraggio, non poteva non preoccuparsi della situazione speciale in cui vengono a trovarsi i nati e i nascituri. Il provvedimento, ispirato ai più elevati concetti della pietà e della morale, creerà una posizione di privilegio alle madri offese, verso le quali sarà considerata ragione di venerazione quello che dovrà essere causa di dispregio. Il provvedimento assicurerà la sorte dei figli sventurati senza strapparli alle loro madri, perchè l'inchiesta praticata dalle autorità competenti ha dato come risultato che le donne venete non intendono separarsi dalle creature della violenza.

(Dall'« Avvenire Sanitario »).

La lotta contro il tifo petecchiale.

Una Commissione Sanitaria interalleata mandata dalla Lega delle Società della Croce Rossa ad investigare la situazione del tifo esantematico e petecchiale in Polonia, ha fatto ritorno a Parigi dopo un mese di ispezione attraverso le Sezioni sanitarie civili e militari della Polonia.

La Commissione ha trovato che l'epidemia del tifo quest'anno ha assunto una vasta diffusione e il numero dei decessi è stato enorme; che l'epidemia ha continuato malgrado l'estate, e nuovi casi si vanno presentemente verificando per l'arrivo di profughi prigionieri di guerra che rimpatriano dall'estero.

Congresso Pan-Amerieano sull'influenza.

Un progetto di legge presentato alla Camera dei Dputati dell'Uruguay provvede a indire uh Congresso Pan-Americano che avrà lo scopo di discutere sui mezzi a prevenire l'epidemia d'influenza, con particolare riguardo al prossimo inverno.

Saranno invitati a parteciparvi uomini eminenti nel mondo medico europeo, nord-americano e sud-americano.

Il Congresso si adunerebbe a Montevideo

(Dal *Medical Record*, 6 settembre 1919).

Un ministero della salute pubblica negli Stati Uniti.

Sono stati presentati al Congresso degli Stati Uniti due disegni di legge, per l'istituzione di un Dipartimento della Salute pubblica e per gli stanziamenti finanziari relativi. Il Dipartimento co - prenderà un Segretario di Stato, che siederà nel Consiglio dei ministri, ed un commissario sanitario, l'uno e l'altro di nomina presidenziale e con carattere politico.

Il nuovo Ministero assorbirà il Servizio della salute pubblica, l'Ufficio di Chimica e la Divisione della Statistica « vitale ». Comprenderà i seguenti uffici: ricerche scientifiche, ingegneria sanitaria, statistica vitale, igiene infantile, alimenti e medicinali, servizi contumaciali, ospedali statali, per sonale e contabilità, un corpo consultivo di sette membri ed una commissione per l'igiene statale e territoriale.

Per il funzionamento del Ministero sono stanziati due milioni di dollari, di cui 400.000 per le ricerche scientifiche.

Reclutamento di ufficiali medici in Inghilterra.

Il Ministero inglese della Guerra ha aperto un reclutamento di ufficiali medici, a condizioni vantaggiose. In particolare verrà fatto posto agli ufficiali medici di complemento smobilitati o in via di esserlo. La retribuzione di base è di L. sterline 600 per i luogotenenti e di L. st. 650 per i capitani: corrispondono a fr. 15,000 e 16,250; sono da aggiungervi le trasferte, le indennità per residenza extra-europea (L. st. 50), un emolumento elevato per gli specialisti ecc.: questo trattamento segna un sensibile progresso su quello che vigeva prima. Per gli avanzamenti si darà speciale peso all'attività scientifica fino al grado di maggiore generale medico, allo scopo di elevare la dignità del corpo sanitario militare.

Per i farmacisti.

L'Ordine dei Farmacisti di Bologna ha stabilito, in una seduta dello scorso giugno, il contratto d'impiego sulle seguenti basi: direttori farmacisti L. 650 e collaboratori farmacisti lire 550 mensili, otto ore di lavoro giornaliere, riposo settimanale di 24 ore, venti giorni annuali di ferie, le ore straordinarie a L. 3 ciascuna, aumenti quinquennali di L. 50 mensili.

Scuola di allievi infermieri a Bologna.

Il 1° settembre si è iniziato presso l'Ospedale Maggiore di Bologna un corso straordinario per allievi infermieri, obbligatorio per gli attuali infermieri avventizi (uomini e donne).

Alle ore 11 del 2 settembre, dopo lunga e penosa malattia sopportata con pazienza e serenità ammirabili, cessava di vivere in Bologna il prof. ALBERTO ROVIGHI, ordinario di pa-

tologia speciale medica dimostrativa nella Regia Università di Bologna.

Aveva 63 anni, e l'immatura sua perdita ha vivamente addolorato non solo l'ambiente universitario ma anche la cittadinanza, che in Lui vedeva un filantropo di rare qualità di mente e di cuore.

Nato a Modena nel '56, studiò a Bologna e vi ottenne la laurea in medicina nel'79, essendovi maestri Albertoni e Murri. Dotato di larghi mezzi di fortuna, per nove anni andò peregrinando fra Italia ed estero, allo scopo di conoscere altri grandi maestri e compiere ricerche sperimentali sopra argomenti che più vagheggiava. Si recò prima a Parigi, presso il Charcot, per studiare le malattie nervose. Poi rientrò in Patria, e a Firenze nell'Istituto di Fisiologia, assistente onorario del Luciani, lavorò sulle *convulsioni d'origine cerebrale,* e si perfezionò in Clinica con una tesi sulla *sifilide cerebrale.* Passò quindi a Modena, nominato settore di anatomia patologica sotto il prof. Foà, e quivi eseguì i suoi lavori sull'*adenoma del fegato* e sulla *sclerosi a placche.* Dopo due anni ritornò all'estero, e si diresse a Strasburgo, rinomata sempre per grandi maestri di medicina, e passò successivamente dal laboratorio dell'Hoppe-Seyler a quello del Recklinghausen e alla clinica del Kussmaul, occupandosi rispettivamente di ricerche chimiche, isto-patologiche e cliniche. Con tale corredo di studi e amore alla ricerca, coprì in seguito con larga competenza il posto d'aiuto della Clinica medica di Bologna, apprezzato e prediletto dal prof. Murri. Dimostrò in quel tempo (1885) il suo animo generoso con l'associarsi agli studenti di clinica, che s'erano ribellati ad una circolare Baccelli, e fu sospeso dall'ufficio per un anno. Sono di quel tempo le sue memorie sulla *patogenesi dell'uremia,* sulla *sclerosi laterale amiotrofica* e sopra i *soffi arteriosi epatici.*

Questi ed altri studi gli valsero il conferimento della libera docenza in *Propedeutica medica* nell'87, mentre già era di nuovo all'estero, a Friburgo, nel laboratorio di chimica fisiologica del Baumann, ove studiò un argomento di grande importanza, i *processi di putrefazione intestie* il significato degli *eteri solforici delle urine.*

Con l'88, dopo nove anni di laurea, s'inizia il secondo periodo della sua attività, quello didattico, con l'incarico di Propedeutica medica a Modena e a Siena, e terminato nel'94 col suo trasferimento all'università di Bologna.

Quivi, col titolo, acquistatosi per concorso, di prof. straord. di patologia speciale medica dimostrativa, inizia il terzo periodo della sua vita, svoltosi fra gli studi, l'insegnamento e anche fra la vita amministrativa e politica bolognese.

La ristretezza dello spazio non permette l'enumerazione dei suoi lavori scientifici, del resto noti, e neppure un cenno dell'attività che esplicò da allora. Promosso ad ordinario nel 1901, basterà ricordare che dagli studenti fu ognora altamente apprezzato, amato ed applaudito, che le sue lezioni erano personali ed erudite, che sostituì più volte il prof. Murri riuscendo a conservare il medesimo affollato uditorio di medici e studenti, e che molti, forse troppi, sono stati i medici che condusse alla libera docenza in Patologia medica.

Per Bologna fu un cittadino zelantissimo del pubblico bene, un antico costante e fedele assertore delle idealità democratiche. In questi anni di guerra si era fatto un culto dell'amor di patria ed era entusiasta per i nostri trionfi, amareggiato per i nostri rovesci e per le prepotenze delle nuove nazioni egemoniche.

Un saluto commosso e riverente vada alla memoria di questo nostro Maestro, la cui salma si purificò nella fiamma dell'ara crematoria.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Il fascicolo 8° (1 agosto 1919) della nostra SEZIONE MEDICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati contiene:

I. Proff. **G. Mingazzini** e **G. Fumarola:** *Sulle paralisi dissociate dei nervi periferici consecutive a traumi di guerra.* (Continuazione e fine).

II. Dott. **G. Tanfani:** *Lesioni nervose da influenza.*

Il fascicolo 8° (15 marzo 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati contiene:

I. Dott. **R. Bompiani:** *Riassunto critico sulla cura delle fratture e lesioni articolari d'arma da fuoco.*

II. Dott. **P. Gilberti:** *Tromboflebite del seno cavernoso destro (fleboresezioni multiple – guarigione).*

III. Dott. **U. Tassone:** *Complicanze ossee post-tifiche da bacillo di Eberth.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 14 settembre 1919* **Fasc. 37**

(Pubblicato il 15 ottobre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

diretta dal prof. L. CONCETTI.

Contributo allo studio dell'immuno-profilassi nella scarlattina.

Osservazioni e ricerche del dott. L. SPOLVERINI, aiuto e docente.

Nel 1914 Caronia (1) dimostrò che nelle squame epidermoidali di individui scarlattinosi si rinviene un corpo che, in presenza di siero di sangue di malati in qualunque periodo delle forme morbose e di complemento di siero, dà reazione di deviazione.

Di Cristina (2) partendo da questo dato di fatto ebbe l'idea di indagare se l'estratto di squame è dotato di proprietà vaccinali e se l'individuo così vaccinato resta poi preservato dall'infezione. Difatti nel 1916 egli pubblicò i risultati delle sue ricerche ottenuti con l'uso di un siero vaccino, col quale si riesce a conferire immunità all'organismo sano, iniettandolo sotto cute. Lo stato immunitario così ottenuto fa sì che bambini, esposti al contagio non si infettano di scarlattina, anche quando restano nel medesimo letto dello scarlattinoso.

A nessuno può sfuggire la grande importanza di tali ricerche, sia dal punto di vista scientifico sia maggiormente dal lato pratico, rendendosi possibile in tale modo di conferire l'immunità contro la scarlattina; e di avviarsi quindi alla soluzione dell'importante problema della profilassi.

Pertanto avendo avuto occasione di osservare alcuni bambini affetti da scarlattina, ho creduto opportuno di riprendere questi interessanti esperimenti: 1º) per portare un ulteriore contributo alle precedenti osservazioni sull'immunità; 2º) per indagare fino dove fosse possibile il meccanismo del processo di immunizzazione così provocato.

Mi limiterò in questa breve nota a riferire i risultati ottenuti colla prima serie di ricerche, essendo le altre tutt'ora in corso, giacchè data da un lato la gravità della malattia in parola e

(1) « Pathologica », n. 127, 1914.
(2) « La Pediatria », fasc. 7º, 1916.

dall'altro la non reattività negli animali non è possibile fare numerose e rapide esperienze nella specie umana, senza contare anche il grave inconveniente della frequente mancanza del materiale di studio.

Avanti tutto ho saggiato la reazione di deviazione del complemento del siero di sangue di otto individui affetti da scarlattina tanto recente che pregressa per l'estratto alcoolico di squame scarlattinose, ottenendo i risultati che riassumo nel seguente specchietto:

zienza la madre si potè stabilire che il bambino 10 mesi prima aveva avuto una malattia di media intensità.

Per praticare le ricerche nella vaccinazione antiscarlattinosa dopo avere preparato il siero-vaccino, seguendo fedelmente la tecnica descritta dal Di Cristina, ho iniettato sotto cute 10 bambini tutti al di sotto di 7 anni, in condizioni generali buone, e degenti all'ospedale per fratture accidentali, ad eccezione di due alquanto atrofici e convalescenti per recente varicella allo scopo

Numero dei casi	Età	Grado dell'infezione	Complicanze	Epoca della malattia	Reazione di deviazione	Osservazioni
1° Caso	10 anni	forte	—	23 giorni	+ +	
2° »	2 1/2 »	discreta	—	18 »	+ +	
3° »	8 »	id.	—	30 »	+ +	
4° »	7 »	forte	nefrite post scarlattinosa	3 mesi	?	persiste albumina senza elementi renali.
	id.	id.	id.	4 »	?	urina normale.
5° »	8 anni	id.	—	50 »	+ +	
6° »	5 »	discreta	—	12 »	+	
7° »	4 »	leggera	—	15 »	+ +	
8° »	3 1/2 »	id.	—	20 »	+ +	

In tutti i casi, eccettuato il 1°, si è constatata una evidentissima reazione di deviazione, solo lieve nel 6°.

Nel caso del bambino affetto dalla caratteristica complicazione renale l'emolisi invece è stata notevole, tendente quasi al completo. Fatto questo che potrebbe anche essere messo in relazione con la grave alterazione che il processo renale suole in genere indurre nella crasi sanguigna, più che alla mancata presenza di corpo immune nel siero di sangue del bambino in esame: del resto ulteriori ricerche, al certo non prive di interesse, in simili casi potranno con ogni probabilità risolvere la questione.

Ritengo inoltre utile accennare anche al fatto osservato in un siero di sangue di controllo durante le ripetute prove (anche sugli stessi soggetti) eseguite per la deviazione del complemento. Come è naturale cercavo di adoperare il sangue di bambini che non avessero sofferto in precedenza la scarlattina e per maggiore sicurezza preferivo prelevarlo da bimbi di tenera età (2 anni circa). Orbene uno di questi controlli dette una volta reazione netta di deviazione: interrogata con pa-

di vedere anche quale influenza eserciti lo stato generale del paziente sulla rapida produzione di ambocettore specifico nel siero di sangue dei vaccinati.

Oltre a ciò sia per le difficoltà enorme di preparare una quantità piuttosto sensibile di vaccino col metodo primitivo proposto da Di Cristina e sia a scopo di controllo su quello da me prodotto, ottenni dalla cortesia del collega Di Cristina una certa quantità di siero-vaccino, che egli recentemente (1) è riuscito a preparare con maggiore facilità avendo cercato di trasportare nel cavallo il corpo immune riscontrabile nel paziente che ha sofferto l'infezione scarlattinosa.

Con queste due qualità di siero-vaccino ho immunizzato i 10 bambini in esperimento dopo avere raggiunto la reazione di deviazione del complemento anche prima della vaccinazione, acciocchè i risultati fossero veramente attendibili, e se positivi mi autorizzassero a procedere oltre nell'esperienza clinica.

Riassumo brevemente i risultati ottenuti:

(1) « La Pediatria », fasc. I, 1919.

Numero dei casi	Età	Stato generale	Durata del trattamento	Quantità di vaccino adoperato	Reazione di deviazione	Osservazioni
1º Caso	3 anni	buono	6 giorni	cmc. 3	+ +	Nessun incidente degno di nota.
2º »	4 »	id.	6 »	» 3	+ +	»
3º »	2½ »	id.	6 »	» 3	+ +	»
4º »	3 »	id.	6 »	» 3	+	
5º »	4 »	discreto	6 »	» 3	+ +	Vaccino di diluitina
6º »	2½ »	buono	6 »	» 3	+ +	»
7º »	3 »	id.	6 »	» 3	+	»
8º »	3 »	atrofico	6 »	» 3	+ +	»
9º »	4 »	buono	6 »	» 3	+ +	»
10º »	3 »	atrofico	6 »	» 3	+ +	»

Gli esperimenti sopra riferiti mi autorizzano a concludere che con ambedue la qualità di vaccino usato si riesce a provocare nel sangue dei bambini in esame la presenza di un anticorpo specifico sempre bene evidente, ed in grado sensibile anche in quei soggetti il cui stato generale lascia alquanto a desiderare.

Confortato da questi netti risultati di laboratorio e dalle osservazioni precedenti del Di Cristina ritenni di potere con tutta tranquillità tentare la prova clinica dell'avvenuta vaccinazione coll'inviare questi 10 bambini (compresi anche il caso n. 4 e 7 in cui la reazione di deviazione fu leggera) in due periodi diversi nel reparto degli scarlattinosi, ove si trovavano pazienti affetti da forme sia gravissime (al punto che due morirono al 3º giorno di malattia) e sia di intensità, e tanto nell'acme della malattia quanto nel periodo desquamativo.

Questi bambini sani vaccinati furono non solo mescolati coi malati, ma adoperarono indifferentemente le stesse stoviglie di questi ultimi, e furono taluni cosparsi sul corpo anche di squame di scarlattinosi.

Orbene non ostante ciò, e non ostante la lunga degenza (alcuni perfino due mesi) nella sala infetta, nessuno dei 10 bambini considerati si è malato di scarlattina, mentre nel sangue dei medesimi persisteva sempre la presenza dell'antisettico specifico provocato.

Tutto ciò, mentre conferma pienamente i primitivi risultati del Di Cristina sulla vaccinazione, e ci autorizza anche a ritenere abbastanza progredita la importante questione della profilassi, d'altro canto ci porta a concludere che con tutta probabilità si tratti di una immunità conferita attivamente per mezzo dei prodotti contenuti nelle squame, e non già per l'azione del siero (immunità passiva) del sangue scarlattinoso, impiegato nella preparazione del vaccino in esame. Mi auguro del resto di potere portare, colle esperienze che ora ho in corso, un modesto contributo alla risoluzione di si importante questione.

Roma, giugno 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Diagnosi eziologica e prognosi della angina pectoris.

(C. LIAN. *Journ. de méd. e chir. prat.*, 10 luglio 1919).

Stabilita l'esistenza di un'angina pectoris, è preferibile non arrestarsi alla divisione artificiale di angina vera o falsa e di cercare subito se il soggetto presenti i segni di una delle affezioni suscettibili di provocare la comparsa di una sindrome anginosa. Questa investigazione costituisce il caposaldo dell'esame di un anginoso e darà il migliore indirizzo per la prognosi e per la cura; secondo il criterio eziologico, si possono dividere le angine come segue:

I. *Angina dell'aortite cronica, con o senza insufficienza, della coronarite, dell'ipertensione arteriosa, della nefrite uremigena.* — È la varietà, più frequente, più grave e più tipica, a cui conviene anzitutto pensare. Poichè vi possono essere delle forme fruste, è bene definire in modo preciso la sintomatologia dell'accesso, che si presenta quasi sempre in occasione di uno sforzo, della salita di una scala. Nelle forme da nefrite uremigena, si hanno invece, durante la notte,

crisi di pseudo asma, che si accompagnano talora all'accesso anginoso. Si ricercheranno quindi i segni fisici e funzionali delle alterazioni citate, e si misurerà accuratamente la pressione arteriosa massima e minima. In presenza di queste affezioni, la prognosi è necessariamente grave, sebbene vi siano casi, in cui, sotto l'influenza del trattamento, l'angina è scomparsa; si farà quindi presente la gravità del pronostico, pure lasciando adito a qualche speranza.

Talvolta però, con i disturbi aortici arteriosi e renali, può coesistere un'angina di altra origine (dispeptica, isterica, ecc.); per comprovare tale eziologia, occorre però trovare un insieme sintomatico ed eziologico ben concludente. D'altra parte, tale evenienza è eccezionale, mentre la coesistenza delle lesioni citate e dell'angina di altra origine induce una prognosi grave, perchè le brutali perturbazioni circolatorie che accompagnano l'accesso anginoso, possono esporre a serio pericolo l'individuo portatore delle lesioni citate. Queste vanno ad ogni modo ricercate minuziosamente, utilizzando i metodi più delicati di ricerca per le funzioni renali e cardiache, provando la reazione di Wassermann, che, se positiva, è un argomento in favore dell'origine aortica, arteriosa o renale.

II. *Angine d'origine cardiovascolare, escluse le precedenti.* — Relativamente rare ed abbastanza facili a riconoscersi, si riscontrano p. e. in giovani con insufficienza od anche stenosi aortica reumatica, non mai nelle lesioni mitrali; la prognosi è grave, sebbene talvolta, con l'uso discontinuo di digitale a picole dosi, si possa osservare la scomparsa degli accessi.

Fra le affezioni cardiache acute, gli accessi anginosi si osservano soprattutto nelle aortiti e pericarditi, e sopravvengono per piccoli movimenti ed anche nel più completo riposo; durano a lungo e lasciano negli intervalli una sensazione dolorosa precordiale (punti dolorosi corrispondenti alla nevralgia del frenico sinistro o dei primi nervi intercostali di sinistra. Si può avere la morte improvvisa, ma si può anche sperare che gli accessi scompaiano col dileguarsi della malattia acuta: la sinfisi pericardica però è accompagnata spesso da accessi anginosi.

In qualche caso, l'aritmia extrasistolica e la tachicardia parossistica sono accompagnate da accessi anginosi, che hanno allora la prognosi della malattia primitiva.

Vi sono poi accessi anginosi, che accompagnano o seguono i disturbi del così detto cuore forzato; in seguito ad intensa fatica, sopravviene una crisi angosciosa, con dolore retrosternale e brachiale, con dispnea, aritmia ed aumento dell'area precordiale.

Gli accessi sono gravi, al momento della loro comparsa, e si presentano con maggior frequenza nel sovraffaticamento del braccio sinistro, con esagerati movimenti di estensione; in seguito però vanno progressivamente attenuandosi.

III. *Angine d'origine digestiva.* — Gli accessi anginosi non sono rari nelle dispepsie, specialmente se accompagnate con aerofagia, o coesistenti con uno stato neuropatico. Un elemento importante per la diagnosi è dato dall'orario degli accessi, che si osservano, o verso la fine del pasto, oppure 2-4 ore dopo. Sono spesso lunghi (1/2-1 ora e più) ed accompagnati da raffreddamento delle estremità, palpitazioni, tendenza alla sincope, rinvii gazosi; durante l'accesso, è stata osservata l'accentuazione del 2° tono alla polmonare, dilatazione del cuore destro, e talora un soffio temporaneo di insufficienza tricuspide.

La diagnosi può presentare serie difficoltà, potendosi p. e. confondere questa varietà con quella a forma pseudo-gastralgica, tanto più che le crisi dolorose epigastriche sono accompagnate da meteorismo gastrico, rinvii gazosi e talora vomito. Si tratta di casi in cui l'angina addominale, legata all'aortite addominale, resta isolata o si alterna con crisi di angina pectoris, da aortite toracica; vanno appunto ricercati i segni di quest'ultima, come pure l'esistenza di un'aorta addominale dilatata, fortemente pulsante, deviata a sinistra, dolorosa in tutto il suo percorso.

Come si è detto l'angina dispeptica può esistere in un individuo con le lesioni cardio-vascolari proprie delle forme gravi; in tali casi però, occorre la massima prudenza di giudizio, e non si deve troppo facilmente attribuire l'accesso all'aerofagia, poichè spesso gli accessi gravi dell'aortite cronica, della nefrite uremigena, ecc., sono accompagnati e terminati da rinvii gazosi.

Una varietà che non si deve trascurare è l'angina di origine colica, che si nota negli individui affetti da colite, durante la notte, sotto forma di crisi d'angoscia, oppure con violento dolore epigastrico accompagnato da angoscia e da una penosa sensazione di costrizione retrosternale. Gli accessi si accompagnano a violente scariche liquide, mentre negli intervalli si ha costipazione. Talvolta invece le defecazioni sono regolari e gli accessi coincidono con reazioni coliche d'aspetto vario (crisi di indigestione, di stato lipotimico, di emicrania, ecc.) che possono essere i soli segni rivelatori della lesione intestinale. In ogni caso, il trattamento diretto contro la costipazione (regime alimentare, lassativi mucillaginosi, belladonna) farà scomparire l'angina di origine colica, che comporta di solito un pronostico favorevole.

Gli accessi anginosi possono talvolta complicare la colica epatica od altre visceralgie addominali, quali la colica nefritica.

IV. *Angine d'origine nervosa.* — Gli accessi anginosi possono complicare una malattia nervosa; così p. e. la nevralgia o la neurite di un arto, specialmente del superiore; in tali casi gli accessi sopravvengono in occasione del movimento del braccio. Questa particolarità però è insufficiente per la diagnosi, poichè anche in caso di origine cardio-vascolare e renale, le crisi possono essere provocate da un movimento violento del braccio sinistro; migliore aiuto forniscono i dati anamnestici, provando che l'individuo ha sofferto i dolori un certo tempo prima della comparsa degli accessi.

Meno conosciuti sono i fatti, in cui tali accessi costituiscono una complicazione di nevralgia frenica o intercostale: l'A. con la cura di questa (iniezioni sottocutanee locali di aria) ha fatto scomparire anche gli accessi. Per la diagnosi, non sarà sufficiente rilevare i punti dolorosi della nevralgia intercostale, che si possono trovare anche nell'aortite cronica, ma si dovrà basarsi sull'assenza di lesioni aortiche, sull'inizio caratterizzato da dolori costanti o da un senso di pena dolorosa all'emitorace sinistro, sulla tachicardia, le palpitazioni, ed eventualmente sull'esofagospasmo e sui risultati terapeutici. L'origine periferica delle angine depone per una prognosi favorevole.

Quanto alle angine dei tabetici, sebbene si possano avere in questi delle crisi viscerali, analoghe a quelle gastriche, pure la frequenza dell'angina aortica o renale nei sifilitici fa ritenere più prudente adottare tale diagnosi. Le angine dei basedowiani hanno origine variabile: si accompagnano ad esacerbazioni tachicardiche, e sono agevolate dall'eretismo nervoso di tali ammalati.

Solamente dopo aver escluso tutte le diagnosi citate, si potrà parlare di angine isteriche, neurasteniche, neuropatiche, diagnosi che a scanso di fatali errori, dovrà farsi solo dopo un'anamnesi accurata ed un esame minuzioso.

***

Nella diagnosi eziologica sarà necessario seguire l'ordine citato; in questa ricerca si è però guidati dalla frequenza più o meno grande, secondo la malattia causale. Così p. e., nei gottosi, negli obesi, nei diabetici, l'angina è il più spesso di origine aortica, arteriosa o renale, e quindi di prognosi grave; l'angina dispeptica in tali individui non sarà ammessa, se non sia assolutamente imposta dal quadro clinico. Così per ammettere l'angina tabagica, si dovrà dapprima escludere la sifilide e qualsiasi intossicazione, e riconoscere l'assenza di ogni lesione arteriosa o renale.

L'angina tabagica, senza lesioni, riveste gli aspetti più svariati. I primi accessi occorrono di solito la notte e si possono presentare poi in occasione del cammino, o di sforzi. Sono variabili di durata e di intensità, ma hanno una caratterisfica della coesistenza di disturbi vasomotori (pallore del volto, raffreddamento delle estremità, vertigini, tendenza alla lipotimia, palpitazioni). La morte subitanea è rarissima; nella prognosi poi, si deve tener conto che gli accessi scompaiono, dopo che l'individuo cessa di fumare. L'astinenza però deve essere completa; ed anche in tali condizioni, gli accessi possono presentarsi ancora per qualche mese, magari al solo entrare in un locale dove si è fumato. Analoghe a quella tabagica sono le rare osservazioni di angina da the e da caffè.

Nella diagnosi eziologica dell'angina pectoris, bisogna tener sempre conto della grande frequenza della natura sifilitica delle lesioni che la provocano; negli individui al di sotto dei cinquanta anni, l'ipertensione arteriosa, l'aortite cronica, l'arteriosclerosi, la nefrite interstiziale sono da attribuirsi il più spesso alla sifilide, mentre in quelli oltre i 50, l'origine sifilitica è meno frequente. *fil.*

CHIRURGIA.

Su alcune lesioni osservate durante operazioni per traumi di antica data del midollo spinale.

(CH. A. ELSBERG. *Annals of Surgery*, marzo 1919).

Su 200 laminectomie eseguite da Elsberg nel New York Neurological Institute e nel Mount Sinai Hospital, 20 lo furono per rimediare agli effetti di vecchie fratture o di ferite vertebromidollari.

Le lesioni possono essere suddivise in due classi: 1) delle membrane d'inviluppo; 2) del midollo e delle radici.

1. *Lesioni delle meningi spinali.* — Nei casi più leggeri la dura non è ispessita, ma la sua faccia interna appare congesta, ed ha perduto la lucentezza normale. Altre volte invece la pachimeninge è ispessita, e l'ispessimento può essere così notevole da esercitare fatti di compressione midollare, al pari di un tumore. In un caso la escissione del segmento ispessito condusse ad un notevole miglioramento dei sintomi.

L'asportazione dei tratti d'ispessimento, che talora si estendono in profondità dal grasso epidurale a tutte le meningi, deve essere eseguita con cautela, per non danneggiare il midollo.

Talora vi si trovano inclusi dei depositi calcari.

In qualche caso il processo cicatriziale è arrivato ad escludere dalla circolazione del liquor segmenti del sacco aracnoideo; la escissione delle aderenze può ristabilire la continuità di questo circolo.

Briglie cicatriziali possono congiungere i lati opposti della dura, esercitando gravi compressioni sul midollo.

Se il tessuto di cicatrice è molto esteso e di difficile asportazione, si possono, per attenuare i sintomi di compressione, praticare su di esso delle incisioni parallele, come nella paraneurotomia.

L'aracnoide può essere semplicemente opaca, o anche ispessita e aderente alla dura e al midollo; si riscontrano allora delle cavità irregolari piene di liquido chiaro. Il quadro, che Elsberg chiama di « aracnite adesiva », è completato da una notevole neoformazione vascolare.

2. *Lesioni midollari.* — L'aspetto del midollo, a grande distanza di tempo dal trauma, può essere vario. A scarse modificazioni macroscopiche corrispondono talora sintomi gravi di deficit.

Così, a livello di una lesione trasversale totale, può ad occhio nudo riscontrarsi solo una maggiore vascolarizzazione; lo stesso aspetto esteriore possono avere focolai circoscritti di idro ed ematomielia.

Di solito però in questi ultimi casi il midollo presenta dei rigonfiamenti, ed ha una diminuita consistenza. Il drenaggio dei focolai, talora molto estesi, di idromielia nello spazio sotto-aracnoideo, è capace di produrre un notevole miglioramento dei sintomi.

Quando si riscontrano cicatrici estese, che si approfondano nel midollo, e non si prestano all'escissione, le incisioni liberatrici sopramenzionate possono riuscire utili.

Sintomi gravi sono alle volte determinati da restringimenti e deformazioni del canale midollare, dipendenti da frammenti ossei o da una intera vertebra spostata, o da calli esuberanti. La rimozione dei tratti di osso sporgenti, o una larga laminectomia decompressiva possono dare ottimi risultati, specie a livello del midollo lombo-sacrale e della cauda equina.

Le radici della cauda appaiono non raramente sezionate, o inviluppate in tessuto di cicatrice, che non sempre può essere asportato. In qualche casi la resezione, e consecutiva sutura, delle radici, potrebbe essere tentata.

Per ciò che riguarda le indicazioni all'intervento, Elsberg arriva alle seguenti conclusioni:

1) L'intervento è controindicato, quando vi ha il quadro di una lesione trasversa completa; e ciò anche se si è avuto ripristino dei riflessi.

2) È controindicato anche se i sintomi sono quelli di una lesione incompleta, quando il paziente è in cattive condizioni generali, ed esistono decubiti.

3) È indicato nei pazienti, in cui l'esame radiografico dimostri deviazioni o restringimenti dello speco vertebrale, purchè non si abbiano sintomi di dissociazione della sensibilità.

4) È indicato, quando lo stato di paralisi è quasi scomparso, ma persiste la spasticità: in tali casi si può procedere alla rizotomia di alcune radici posteriori.

5) La persistenza di forti dolori radicolari indica pure l'intervento, quando l'immobilizzazione non è riuscita a calmarli. Si può procedere ad una laminectomia decompressiva, con o senza rizotomia.

6) L'incontinenza d'urina, da traumi lombosacrali, potrebbe indicare l'anastomosi della 3ª e 4ª sacrale con altre radici anteriori.

A. CHIASSERINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. G. PEREZ.

Occlusione intestinale da agglomeramento di ascaridi.

Nota clinica del dott. G. APERLO,
Assistente e libero docente.

Come contributo alla casistica delle occlusioni intestinali da ascaridi, riferisco il seguente caso clinico occorso nel nostro Istituto durante l'anno accademico 1912-1913.

STORIA CLINICA. — Bermani Ambrogio, scolaro, di anni 7, da Tromello; entra nell'Istituto di patologia chirurgica il 31 marzo 1913 con fatti gravi di occlusione intestinale.

ANAMNESI EREDITARIA E COLLATERALE. — Padre e madre viventi e sani; di cinque fratelli i due primi hanno sofferto di elmintiasi dai 6 ai 10 anni.

ANAMNESI PERSONALE REMOTA. — Il paziente ha sofferto soltanto di morbillo due o tre anni prima; egli ha sofferto però sempre di elmintiasi. La madre ricorda che una volta, in seguito a somministrazione di preparati antielmintici, il bambino emise un groviglio di circa 30 ascaridi: la madre fà inoltre notare che quasi tutti i bambini del caseggiato da essa abitato hanno sempre sofferto di elmintiasi ed anzi il pozzo che forniva loro l'acqua fu fatto chiudere dal medico condotto che lo riteneva fonte di quella ostinata infezione parassitaria.

Anamnesi personale prossima. — La madre del paziente fà risalire l'inizio degli attuali disturbi del bambino a circa tre giorni prima dell'ingresso nel nostro Istituto; in quell'epoca egli accusò forti dolori al ventre; il medico praticò dei clisteri in seguito ai quali il bambino emise due o tre volte degli ascaridi: furono allora somministrati degli antielmintici e l'emissione di vermi continuò, anzi alcuni furono emessi dalla bocca in seguito a premiti di vomito. Da circa 24 ore i dolori al ventre si sono accentuati, l'alvo si è chiuso completamente; l'addome è andato tumefacendosi e nella notte è comparso vomito fecaloide.

Stato presente. — Bambino denutrito; scarso tessuto cellulo-adiposo; facies peritonitica, lingua arida; polso piccolo e frequente (150); respiro superficiale e frequente (30) temperatura 37°,5.

All'ispezione si nota che l'addome è tumefatto, prominente, e fà contrasto con le altre parti del corpo magre e scarne. Si ha l'impressione di un ventre teso da meteorismo; nella regione sottombelicale si osservano ogni tanto dei movimenti delle anse intestinali sottostanti; con tali movimenti coincide un aumento dei dolori per cui il bambino si lagna e piange. Cute tesa, secca, senza circoli venosi abnormi.

Alla palpazione, che riesce molto molesta, si rileva uno stato abnorme di tensione delle pareti che non permette una palpazione profonda. Nella regione del fianco destro si palpa subito sotto la parete una tumefazione della lunghezza di circa nove centimetri, di forma cilindroide, parallela al margine esterno del muscolo retto, di consistenza dura.

Alla percussione suono timpanico in tutto l'àmbito addominale tranne che a livello di detta tumefazione dove si ha invece ottusità completa.

Si fà *diagnosi* di occlusione intestinale di natura probabilmente meccanica da causa mal definibile e si decide l'intervento laparatomico di urgenza.

Intervento operativo (31 marzo, ore 17; operatore prof. Perez). — Anestesia locale novocainica; incisione laparatomica laterale destra partente da due dita trasverse sotto l'arco costale sul prolungamento dell'emiclaveare, della lunghezza di circa 10 centimetri. Dalla ferita laparatomica si estraggono le anse intestinali e si rileva subito che la tumefazione avvertita allo esame obbiettivo è data da un'ansa dilatata e ripiena dell'intestino (ileo), a poca distanza dalla valvola ileo-cecale, della grossezza di un uovo di tacchino, fusiforme, di consistenza duro-elastica, a superficie leggermente bernoccoluta. Attraverso la parete intestinale, tesa ed assottigliata, si scorge un groviglio di cordoni oscuri che hanno qui e là, ogni tanto, dei movimenti vermicolari; si intuisce subito facilmente trattarsi di un groviglio di ascaridi per cui si decide l'enterotomia; si incide la parete intestinale longitudinalmente per un tratto di circa 5 centimetri e si estrae detto groviglio formato da ascaridi di tutte le dimensioni, fortemente intrecciati fra loro a formare una massa unica. Si contano oltre 60 ascaridi formanti il groviglio causa dell'impedito circolo intestinale. Si sutura la ferita intestinale con doppio piano alla Lembert e si fissa l'ansa alla ferita delle pareti addominali nel dubbio che occorra eventualmente praticare più tardi un altro intervento.

Il giorno dopo (1 aprile) infatti, non essendosi ristabilito spontaneamente il circolo intestinale, si pratica l'ano artificiale riaprendo col termocauterio l'ansa estraperitonealizzata; si fà un lavaggio con sonda elastica tanto a monte come a valle della apertura. Si somministra della santonina per bocca.

Il giorno seguente (2 aprile) si ristabilisce il circolo e vengono emesse feci ed elminti tanto dall'ano preternaturale come dalla via rettale.

Decorso post-operativo buono ma un po' lungo perchè dopo chiuso, in secondo tempo, l'ano artificiale, si sono formate qua e là nel tratto dell'ansa estraperitonealizzata delle fistole che hanno obbligato ad un secondo intervento operativo (5 giugno) consistente nella resezione del tratto intestinale ulcerato ed entero-anastomosi termino-terminale.

Decorso post-operativo del secondo intervento, normale. L'infermo viene dimesso guarito il 22 giugno.

* * *

I casi di occlusione intestinale da accumulo di ascaridi, riuniti fra loro in numero più o meno considerevole, pur essendo ormai parecchi (osservazioni di Barkley, Bergmann, Blanchard, Boas, Borel, Bretonneau, Cartolari, Dal Lago, De Francisco, Descoudres, Downes, Dunn, Feltmann, Heidenreich, Hellyer, Holm-Grandz, Linoli, Montoya y Florez, Nardo, Perassi, Perrin, Porot, Raffaelli, Requin, Rieppi, Rocheblave, Saurel, Simon, Spieler, Stepp) rappresentano sempre un avvenimento certo non comune e meritano, a parer mio, di essere volta a volta segnalati per ricordare al medico pratico, se non altro, la possibilità di tale evenienza che, nella maggior parte dei casi, soltanto con l'intervento operativo precoce può terminare con la guarigione dell'individuo altrimenti destinato, quasi sempre, a soccombere, mentre, solo di rado, la guarigione può verificarsi per eliminazione del nucleo di ascaridi sia spontaneamente che con speciali medicamenti.

Casi di morte per occlusione intestinale da ascaridi sono riferiti infatti da Perrin, Stepp, Simon, Porot, Descoudres, Cartolari; guarigione spontanea, o con l'aiuto di mezzi medicamentosi (antielmintici, purganti, entoroclismi alti, ecc.) si ebbe nelle osservazioni di Linoli, Holm-Grandz, Requin, Blanchard, Bretonneau, Cartolari, mentre furono guariti coll'intervento laparatomico i pazienti di Downes, Borel, Heidenreich, Rieppi, Rocheblave, Perassi, Feltmann, Dal Lago, De Francisco.

Per Cartolari, il quale si è occupato in modo abbastanza diffuso dei diversi accidenti chirurgici determinati nell'uomo dalla presenza di asca-

ridi, le modalità secondo le quali gli ascaridi possono produrre i fenomeni di occlusione intestinale sarebbero le seguenti:

1. Gli ascaridi, riuniti in ammasso voluminoso, occludono il lume dell'intestino ed impediscono la circolazione del contenuto intestinale, in modo più o meno assoluto, secondo il volume della massa ostruente; in casi speciali tale evenienza è favorita da condizioni particolari dell'intestino come l'esistenza di un diverticolo di Meckel (caso di Feltmann), di un'ernia (caso di Perassi), di un punto stenotico (casi di Stepp e di Rieppi) a livello della valvola ileociecale).

2. La presenza irritante degli ascaridi, che agiscono come un corpo straniero e provoca ed esagera il peristaltismo dell'intestino, donde lo scivolamento della porzione di intestino superiore nell'inferiore, ossia l'avverarsi di un invaginamento più o meno esteso (caso di Porot).

3. In alcuni casi, pur avendosi dei fenomeni anche gravi di ileo, possono trovarsi nell'intestino solo pochi e persino un solo ascaride ed allora è logico ritenere che i vermi abbiano agito come un corpo irritante cagionando un enterospasmo, per azione riflessa consecutiva all'irritazione della mucosa intestinale, esulcerata od almeno infiammata pel contatto degli ascaridi e dei prodotti del loro ricambio.

Comunque avvenga il meccanismo di azione degli ascaridi nel determinare fenomeni più o meno gravi di occlusione intestinale, rimane ad ogni modo sempre confermata — dai vari casi mano a mano osservati di tale evenienza — la importanza per il medico pratico di tener presente, specie nei bambini in cui l'elmintiasi è più grave, la possibilità tutt'altro che eccezionale dello stabilirsi di tali fatti d'occlusione e la necessità quindi di cercare di prevenirli con rigorose cure antielmintiche negli individui giudicati affetti da ascaridiosi e diagnosticarli il più precocemente possibile, una volta che essi si siano stabiliti, onde poterli sottoporre al trattamento chirurgico del caso qualora falliscano in un primissimo tempo gli ausili tentati con cure mediche.

Pavia, giugno 1918.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALESSANDRINI. *I nematodi.* Trattato di parassitologia del Lustig; vol. II, pag. 810. Dottor F. Vallardi edit. Milano, 1915.
2. BLANCHARD. *Traité de zoologie médicale.* 1889.
3. BOREL. « Revue de la Suisse Romande », 1883 (citato da Cartolari).
4. CARTOLARI. *Sugli accidenti chirurgici determinati dalla presenza degli ascaridi.* « Il Fracastoro », anno VII; 1911, n. 5.
5. ID. *Occlusione e volvolo dell'intestino determinati dagli ascaridi.* « Gazzetta degli osped. e delle Clin. », 1913, n. 73.
6. DAL LAGO. *Occlusione intestinale da ascaridi.* « Rivista medica », 1908, pag. 61.
7. DE FRANCISCO. *Contributo di chirurgia addominale.* « La Clin. Chir. », 1911.
8. DESCOUDRES. *Ascarides et ileus.* Societé médica neuchâteloise, 1909.
9. ID. *Les ascarides comme cause d'ileus.* « Arch. internat. de chir. », vol. IV, pag. 577.
10. DOWNES. « The Lancet », 1880 (cit. da Cartolari).
11. FELTMANN. *Des accidents chirurgicaux le plus fréquents dus aux Ascarides lumbricoïdes.* « Thèse de Paris », 1908.
12. FAYON. *Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux Ascarides lumbricoïdes.* « Thèse de Paris », 1901.
13. HEIDENREICH. « Semaine méd. », 1891 (cit. da Cartolari).
14. ISOLA. *Omopolielmintiasi da ascaridi nell'uomo.* « Clin. med. », 1908, n. 8, pag. 537.
15. LINOLI. *Di un morboso accumulamento di lombrici nel cieco.* « Gazzetta della R. Accad. med.-chir. di Torino », 1854, vol. 20, p. 1854.
16. MONTOYA Y FLOREZ. (Cit. da Alessandrini).
17. PARONA. *L'elmintologia italiana dai suoi primi tempi all'anno 1910.* Novara 1911.
18. PERASSI. *Occlusione intestinale da ascaridi con strozzamento erniario.* « Gior. med. del R. Esercito », 1902, n. 1, pag. 71.
19. POROT. « Lyon méd. », 1904 (cit. da Cartolari).
20. RAFFAELLI. *Un caso di occlusione intestinale da ascaridi simulante l'appendicite.* Rendiconto associaz. med.-chir. di Parma, 1904.
21. REQUIN. *Eléments de pathologie médicale.* Parigi, 1852.
22. RIEPPI. *Dell'intervento chirurgico nelle occlusioni intestinali.* XI Congr. interprovinc. sanit. dell'Alta Italia. Udine, 1903.
23. ROCHEBLAVE. « Gazzette des Hôpitaux », 1898 (cit. da Cartolari).
24. SIMON. « Revue méd. de l'Este », 1892 (cit. da Cartolari).
25. STEPP. « Münch. med. Woch. », 1887 (cit. da Cartolari).

ACCADEMIE. SOCIETÀ MEDICHE. CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 4 luglio 1919.

Sopra un caso interessante di paralisi multipla unilaterale dei nervi cranici (con presentazione dell'ammalato).

G. SALA. — Trattasi di un individuo di 23 anni affetto da paralisi nel dominio del VI, VIII, IX, X, XI, XII di sinistra, da probabile meningite basilare di natura luetica. La reazione di Wassermann è nettamente positiva, non solo, ma dal trattamento specifico già iniziato si co-

mincia a notare un miglioramento nelle condizioni del paziente. Il disturbo più imponente è a carico dell'ipoglosso: spiccata è l'emiatrofia della lingua.

L'O., illustra il caso richiamando in modo speciale l'attenzione sul fatto che, sebbene non esista e non si fosse mai notata neppure transitoriamente alcuna condizione nè paralitica nè paretica nel territorio di distribuzione del VII il quale si presenta asoslutamente integro nella sua funzione, esiste un'evidente astenia a carico del muscolo *orbicularis oris*, il quale offre anche all'esame elettrodiagnostico elementi di reazione elettrica a carattere degenerativo (diminuzione dell'eccitabilità faradica ed uguaglianza delle reazioni polari alla corrente galvanica). A questo proposito l'O., ricorda e discute le osservazioni di qualche Autore, sopratutto del Gowers, tendenti ad ammettere la parziale innervazione del muscolo *orbicularis oris* da parte del nervo ipoglosso.

Para-osteo-artropatia in soggetto paraplegico da lesione traumatica midollare (con presentazione del ferito).

G. SALA. — L'O., presenta un paraplegico di antica data (la lesione midollare da ferita da arma da fuoco risale al maggio 1917) con spiccati fenomeni di automatismo midollare, nel quale lo esame radiografico ha messo in evidenza una caratteristica para-osteo-artropatia delle due ginocchia. A destra la massa osteofita è più estesa e voluminosa: trovasi a livello della testa tibiale (tuberosità interna) sul condilo femorale interno e per un tratto lungo la diafisi femorale. A sinistra la massa osteofitica è situata a livello del condilo femorale interno e si prolunga in alto lungo la diafisi femorale. A livello del bordo interno della cartilagine di coniugazione e della tuberosità interna della testa tibiale, si osservano due piccoli osteofiti.

L'O., si intrattiene sulle varie questioni inerenti alla eziologia delle para-osteo-artropatie ed illustra il caso presentato con numerose fotografie e radiografie.

Gli autovaccini nelle forme broncopolmonari.

S. RIZZI. — L'A. comunica alcuni casi di forme bronco-polmonari, di cui alcune ad andamento cronico, trattate con autovaccini preparati dall'espettorato e con esito a guarigione.

In tre casi ha isolato lo *stafilococco piogeno aureo ed albo*, in un caso il *bacterium coli*, in un altro ad andamento acuto (focolai multipli di bronco-polmonite), lo *streptococco piogene* in un'infezione di *Paratifo A* con localizzazione bronco-polmonare il germe dall'espettorato e dalle orine.

In questi casi il trattamento autovaccinico ha dimostrato:

1° Che in alcune forme bronco-polmonari ad andamento cronico esso esercita una benefica influenza sulla diminuzione ed anche sulla scomparsa dell'espettorato, modificando favorevolmente le condizioni dell'apparato polmonare.

2° In alcune forme bronco-pneumoniche acute a decorso protratto esso esercita la stessa azione inducendo una più rapida risoluzione del processo.

Nella maggior parte dei casi l'A., non limita l'autovaccinazione ad un solo ceppo, ma a seconda dei criteri emersi dallo studio preliminare in vari esami batteriologici dell'espettorato, prepara 2 e qualche volta anche 3 stipiti di germi coi quali separatamente ed in giornate successive tratta il malato, lasciando a serie ultimata 3-4 giorni d'intervallo prima di riprendere il ciclo.

Infine l'A., nel riferire i risultati dichiara di non voler annettere un assoluto ed incondizionato valore pratico a questo trattamento terapeutico, giacchè non possono dissimularsi i facili errori nell'apprezzamento etiologico della forma microbica isolata: il fatto di dover ricercare in un espettorato quasi sempre ricchissimo in germi d'ogni specie, o da soli o in simbiosi gli agenti del processo morboso, rende qualche volta vana la fatica, e non sempre facile nè sicura la preparazione dell'autovaccino.

In ogni modo Egli crede che il trattamento autovaccinico meriti di essere preso in considerazione ed applicato, con le necessarie cautele di indagine, in quelle forme bronco-polmonari in cui i comuni trattamenti si dimostrano inefficaci o tardi nella loro azione.

Contributo sperimentale allo studio dell'ematoporfirinuria.

P. BINDA. — L'ematoporfirina è un pigmento, derivante dall'emoglobina, che in piccolissime quantità, può essere presente anche nelle urine normali. Quando viene eliminato in quantità più rilevanti, tali cioè da colorare le urine in rosso-malaga, si parla di ematoporfirinuria che rappresenta, come è noto, il sintomo fondamentale di una malattia speciale, l'ematoporfirina, sulla cui eziologia e patogenesi le nostre conoscenze sono tuttora assai scarse.

Si ammette, in base ad osservazioni cliniche, anatomiche e sperimentali, l'esistenza di un nesso causale tra l'ematoporfirina ed alcune alterazioni di struttura e di funzione della cellula epatica. L'ematoporfirina sarebbe perciò una sindrome da insufficenza funzionale del fegato.

L'A. giudica tale ipotesi come troppo esclu-

siva e non completamente giustificata dalle osservazioni e dalle esperienze registrate nella letteratura. A sostegno di questo suo modo di vedere, basato sul contrasto esistente tra i reperti clinici ed anatomo-patologici e su alcune obbiezioni teoriche, l'A. istituì una serie di esperienze *in vitro* dalle quali risulta che la proprietà di ridurre l'ematoporfirina non è esclusiva del fegato, ma spetta, benchè in proporzioni meno rilevanti, anche ad altri organi ed in particolare modo ai muscoli.

In base a queste sue esperienze l'A. prospetta l'ipotesi che la trasformazione dell'ematoporfirina sia opera di un processo catalitico non esclusivo della cellula epatica e che l'ematoporfirina rappresenti perciò, più che una sindrome d'insufficienza epatica, una vera malattia del ricambio delle sostanze pigmentate di origine ematica.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le ptosi gastriche e duodenali.

L. Jh. Colaneri (*Thèses de Paris,* 1918-19) afferma che tali affezioni sono frequentisime. Dal punto di vista funzionale e radiologico distingue 4 categorie di ptosi gastriche.

1° *Ptosi a forma gastralgica,* ove dominano sintomi vasomotori simpatici (pienezza addominale, gonfiore, cefalea, torpore intellettuale, dispnea, tachicardia) e dolori vaghi all'ipocondrio sinistro. Ai raggi X nulla di notevole.

2° *Ptosi a forma pilorica*: forma che può simulare l'ulcus pilorico (stasi, contrazioni pilorospasmodiche dolorose, ipercloridria). La radioscopia ci darà la diagnosi differenziale perchè gli spasmi prepilorici nel caso dell'ulcera non cessano se il malato è messo sdraiato, al contrario di quel che avviene in lesioni da ptosi.

E la radioscopia anche ci farà differenziare questa seconda forma di ptosi dalla stenosi pilorica neoplastica (con cui ha talora simili i sintomi) in quanto, in posizione sdraiata, se esiste un tumore come causa di atresia incompleta del piloro, si vedrà un sottile filo di bismuto traversarlo, persistere la stasi, mentre in caso di gastroptosi il passaggio sarà rapidamente oltrepassato, la stasi ridotta.

3° *Ptosi a forma nervosa,* quasi sempre associata all'enteroptosi con dolori, sintomi di neurastenia, ecc.).

4° *Ptosi a forma intestinale,* ove predominano sintomi di enterite cronica o subacuta determinati e dall'azione meccanica dello stomaco caduto che disturba la statica intestinale, con stasi e costipazione, e dall'azione chimica che la disturbata secrezione apporta.

Le ptosi duodenali sono una conseguenza della gastroptosi.

Possiamo avere una *duodenoptosi parziale* in cui solo la prima porzione del duodeno è abbassata ed in cui i disturbi funzionali possono simulare e la duodenite cronica e l'ulcus duodenale.

Le note manovre radiologiche (posizione sdraiata, ecc.) differenzieranno le affezioni singole.

Nella *duodenoptosi totale* sono abbassate le 4 porzioni duodenali: in essa potendo essere strozzato l'angolo digiuno-duodenale, potranno comparire sintomi simulanti una stenosi neoplastica. L'osservazione radiologica dell'evacuazione in posizione sdraiata, dopo aver sollevato il segmento ptosico e spostato, aiuterà molto a differenziare la stenosi organica della meccanica.

MONTELEONE.

L'imbarazzo gastrico febbrile.

Da uno studio di G. Etienne (*Annales de médecine,* n. 6, 1919) si conclude che l'imbarazzo gastrico febbrile è dovuto ad un'infezione attenuata; l'elemento patogeno può essere il bacillo di Eberth, i diversi paratifi, il bac. di Gärtner, il coli, ed altre specie microbiche banali. Questo imbarazzo è caratterizzato da un inizio brusco e tumultuoso, a cui segue presto la sindrome gastro-intestinale predominante con reazioni generali, ma senza roseole nè stato tifoso. La durata è breve, producendosi rapidamente la defervescenza, sono però frequenti le ricadute.

Non si tratta però di febbre tifoide attenuata, ma di un'infezione gastro-intestinale senza carattere clinico deciso, che possa permettere una diagnosi della causa batterica, che può essere rivelata solo dall'emocoltura o dalla siero-reazione. È interessante studiare batteriologicamente l'imbarazzo febbrile quando si manifesta nelle agglomerazioni, in cui tali casi possono essere l'origine di un'epidemia di febbre tifoide.

fil.

I sintomi dell'ulcera della piccola curvatura dello stomaco. Diagnosi e prognosi.

Delort (*Thèses de Paris,* 1918-1919) afferma che allo stato attuale delle conoscenze è possibile fare talora con grande probabilità, spesso con assoluta certezza la diagnosi e, magari, la prognosi di un'ulcera della piccola curvatura.

La diagnosi si fonda: sulla durata e importan-

za dei fenomeni dolorosi, sul momento di insorgenza del dolore sempre più precoce di quello dato da casi di ulcera iuxta-pilorica o pilorica; sulla esatta localizzazione del dolore provocato a livello dalla parte media dello stomaco, sulle deformazioni radiologiche (nicchia-stomaco biloculato permanente), sul criterio di frequenza di tale localizzazione.

Le predette deformazioni radiologiche parlano per un'ulcera di vecchia data.

Per la prognosi occorre tener conto della durata dell'evoluzione e sopratutto del numero delle « poussées » dei sintomi di perigastrite che attestano l'approfondirsi dell'ulcera, ecc.

Le ulceri della piccola curvatura non operate sono meno gravi delle piloriche a causa della stenosi che in queste rapidamente danneggia la vita del malato. MONTELEONE.

Gli alcalini e le malattie gastriche.

Si ritiene generalmente che gli effetti terapeutici degli alcalini in genere, e del bicarbonato di soda in ispecie, siano dovuti in primo tempo ad una semplice reazione chimica, ad una saturazione del contenuto acido, ed in secondo tempo ad un'azione fisiologica ossia ad una reazione della mucosa dovuta all'alcalinità e che si manifesta con una eccitazione glandulare. In queste condizioni con una mucosa ad elementi secretori normali si ha una iperfunzione, mentre una mucosa in via di degenerazione può essere depressa nella sua funzione fino all'esaurimento.

Binet (*Progrès Médical,* 1919, n. 27) crede che una tale interpretazione del meccanismo di azione degli alcalini sull'attività gastrica sia troppo semplicista. Conviene tener presente che lo stomaco compie la sua funzione a mezzo di tre elementi: secretorio, motorio e sensitivo. Ora parrebbe che gli alcalini presso che indifferenti in confronto dell'attività glandulare dello stomaco siano invece particolarmente attivi sulla muscolatura gastrica e sullo sfintere pilorico. Ed a questa eccitazione della muscolatura si devono gli effetti terapeutici degli alcalini. L'azione analgesica talvolta immediata pare dovuta sopratutto allo sviluppo di anidride carbonica, dovuto alla reazione tra carbonati alcalini ed acido cloridrico.

Gli alcalini hanno dunque da una parte una indicazione calmante dei dolori gastrici, e dall'altra quella di regolatori della funzione gastrica ed il loro impiego deve mirare a mantenere ad un livello prossimo al normale la secrezione cloridro-peptica assicurando il passaggio del chima acido nelle migliori condizioni dallo stomaco al duodeno. Conviene quindi somministrare gli alcalini non al momento del dolore, ma in tempo per prevenirlo combattendo i sintomi di ipersecrezione o di spasmo del piloro che possono provocarlo. Gli alcalini perciò si devono ingerire nel corso della digestione. Attendere la comparsa del dolore obbliga ad usare dosi elevate, le quali, diventando in seguito insufficienti, devono essere ancora accresciute fino agli eccessi, ai quali devono essere imputati i danni attribuiti agli alcalini. Con una dose media di 4-5 gr. si hanno di solito i risultati desiderati.

Le formole più raccomandate sono le seguenti:

1. Bicarbonato di soda . . gr. 10
   Creta preparata
   Magnesia calcinata . . . anagr. 10

Un cucchiaino da caffè ogni due ore quando il dolore è forte; ogni tre ore quando è moderato; tre volte solo al giorno quando il dolore è scomparso.

2. Acqua . . . . . . un litro
   Bicarbonato di soda . . gr. 2.50
   Solfato di soda . . . . » 3
   Cloruro di sodio . . . » 1

Riscaldare a 40° circa e prendere a digiuno in tre volte ogni 20 minuti il primo giorno 250 cmc. e aumentando ciascun giorno di 50 cmc. fino a raggiungere 500 cmc.

3. Acqua distillata . . . un litro
   Bicarbonato di soda . . gr. 8
   Solfato di soda . . . . » 4
   Fosfato di soda . . . . » 2

Prendere la mattina a digiuno un bicchiere di 100-150 cmc. di questa soluzione ed in caso di malessere ripetere la stessa dose durante la giornata.

Il citrato di soda ha un'azione neutralizzante meno immediata, ma ha altre caratteristiche che lo rendono un medicamento molto apprezzato. Per la sua combustione nell'organismo il radicale acido di questo sale agisce in definitiva come un elemento alcalinizzatore degli umori. Il citrato di soda conviene in particolare all'associazione delle cure alcalina e lattea. Del resto il citrato di soda per la sua leggera azione neutralizzante immediata ha un'azione marcata sui dolori gastrici; quest' azione è completata per via indiretta a causa della distruzione del radicale acido nell'organismo, poichè l' alcalinizzazione degli umori attenua gli effetti obbiettivi e subbiettivi attribuiti alla ipercloridria gastrica. *dr.*

Trattamento dell'aerofagia.

Ogni individuo, che ha eruttazioni frequenti, sia isolate che a salve, va considerato come aerofago.

Varietà nervosa. — Si riscontra in soggetti, in

buono stato generale, che si lamentano unicamente di eruttazioni, con o senza rigurgiti e senso di ripienezza. All'esame non si riscontra che del timpanismo: trattasi però di individui nervosi, con sonno agitato ed esagerazione del riflessi patellari.

La terapia va indirizzata all'elemento nervoso; sopprimere ogni causa di affaticamento, fisico e psichico; prescrivere l'*idroterapia tiepida*, il *giusquiamo* (10 goccie di tintura all'inizio dei due pasti) ed il *bromuro di sodio*. Mantenere a permanenza un pezzetto di matita fra i denti per impedire la deglutizione a vuoto.

Se l'aerofagia è pronunziata e provoca sintomi gravi (dispnea, pseudo-angina pectoris), per la compressione della punta cardiaca da parte della cupola gastrica, ciò che si verifica specialmente in posizione supina, si metterà l'ammalato in posizione genu-pettorale, con che il cardias si apre più facilmente. In casi d'urgenza svuotare i gas dello stomaco con una sonda gastrica.

Varietà dispeptica. — Dovuta ad un riflesso sulle ghiandole salivari, che ha origine nella mucosa gastrica irritata; spesso l'ammalato, invece di sputare, ingoia la saliva (scialo-aerofagia di Hayem).

Al trattamento della gastropatia originale, che dovrà comprendere della belladonna (10 goccie prima di ogni pasto) si aggiungerà la matita interdentaria ed una pozione al bismuto, ciò che fa diminuire il flusso salivare; carbonato di bismuto gr. 6; acqua gommosa gr. 800. Un cucchiaio fra le 9 e le 11 e fra le 15 e le 18. Non è a temersi una costipazione consecutiva.

(L. PRON. *Form. thér des maladies du tube digestif*).
fll.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

L'obbligatorietà della denuncia e delle disinfezioni nelle malattie infettive.

Il prof. G. Pecori (*Annali di Igiene*, 1919, supplemento al fasc. V) richiamando le disposizioni vigenti al riguardo (Testo Unico, art. 125, Regol., art. 129), fa osservare che vi sono nelle leggi lacune e deficienze, che permettono da un lato di eludere la legge, e dall'altro rendono incompleta o nulla l'azione profilattica.

Secondo il regolamento, di fatto, la denuncia è limitata alle malattie ivi citate, a cui sono state aggiunte in seguito la dissenteria, la meningite cerebro-spinale epidemica e per alcuni Comuni la varicella. Vi sono in tal modo molte malattie, riconosciute certamente infettive, che sfuggono alla denunzia, come p. e. la poliomielite infettiva, le infezioni paratifoidi e tifosimili, senza parlare della tubercolosi e della sifilide, per le quali la denuncia è ora limitata a casi particolari, e che pure dovranno includersi fra le malattie denunciabili, quando saranno vinte le ostilità, che tuttora vi si frappongono. Oltre all'inclusione delle dette malattie nel citato articolo del regolamento, l'A. ritiene che lo stesso articolo del regolamento dovrebbe estendere l'obbligo della denuncia a tutte le altre malattie infettive e diffusive, o semplicemente sospette, quando appaia evidente la necessità dell'attuazione immediata di provvedimenti profilattici di qualsiasi genere, sia perchè tali malattie si presentino a carattere epidemico, sia perchè la diagnosi sospettata, se confermata, importi l'obbligo di quei provvedimenti. Ottima modificazione, la quale però, a nostro parere, se ovvierà all'omissione della denuncia da parte di medici, che invocano le opinioni personali su forme infettive non definite (p. e. la quarta malattia), non porterà alla denuncia di quei primi casi, che si manifestano in forma frusta ed abortiva e che conducono spesso, come osserva l'A., alla diffusione epidemica. In tali contingenze non è tanto necessaria l'obbligatorietà della denunzia, quanto il sospetto da parte del medico: qualunque medico che abbia il semplice sospetto che una diarrea possa essere di origine colerica, od un'eruzione cutanea sia vajolosa, non attende che il regolamento gli prescriva la denunzia, ma ne informa chi di dovere ed attua i provvedimenti che ritiene d'urgenza; ma è necessario che si ingeneri, in lui, il sospetto, che è forse fin troppo facile in tempo di epidemia, ma che è altrimenti molto raro: il noto errore di Nothnagel dimostra che esso non è sempre presente nemmeno ai sommi clinici. Ci sembra quindi che la modificazione proposta porterà

probabilmente in primo tempo alla denuncia di molte diarree semplici e di molti innocenti esantemi, senza che per questo si ovvii all'inconveniente di lasciare sfuggire i primi casi frusti od abortivi. È sopratutto il livello della coltura medica che bisogna tenere elevato rinfrescando frequentemente le cognizioni, con dimostrazioni, conferenze, ecc.

Le misure profilattiche, che vengono poi attuate in seguito alla denunzia, consistono principalmente nell'isolamento e nella disinfezione. È indubitato che la prima misura, se fosse applicata a dovere, sarebbe la più utile e la più efficace; viceversa poi, esso non è che raramente rigoroso, specialmente se fatto a domicilio dell'infermo, dove, a parte le eventuali visite, lo stesso personale di assistenza non si circonda di tutte le dovute precauzioni. Affatto da escludere poi è l'isolamento a domicilio dei vajuolosi, che pure è stato permesso in qualche città.

Per quanto riguarda le disinfezioni, è opportuno notare che troppa importanza si è attribuita ad esse, richiedendone ciò che esse non potevano dare. Non tenendo in dovuta considerazione la natura e la resistenza del contagio, si sono attuate le disinfezioni secondo uno schema unico e si praticano quindi p. e. troppo tardi nel morbillo in cui il pericolo di contagio è massimo nel primo periodo e troppo presto nella scarlattina, quando esistono ancora le possibilità di contagio. Si disinfettano accuratamente muri e pareti, estendosi magari fino al soffitto, senza badare che il pericolo risiede specialmente nelle persone che assistono il malato, negli oggetti da questo imbrattati o toccati.

La mania delle disinfezioni ha toccato il colmo nella passata pandemia influenzale, quando vi sono state richieste di disinfettare persino le gabbie delle bestie feroci! Invece per l'influenza, come per il morbillo, il pericolo del contagio si ha specialmente nel periodo di incubazione e nei primi periodi di malattia, mentre poi la stessa labilità del virus ne rende difficile la sopravvivenza nell'ambiente. Per analoghe ragioni è discutibile la necessità della disinfezione di ambienti nella meningite cerebro-spinale, mentre potrà essere utile per le biancherie.

Necessaria è la disinfezione per il tifo, la dissenteria (in tali casi deve essere praticata continuamente, durante la malattia) e soprattutto per la tubercolosi, per la quale la disinfezione degli ambienti è assolutamente indispensabile.

Senza insistere maggiormente sui particolari, che sono evidenti per poco che si consideri a dovere la epidemiologia delle diverse malattie, si può concludere che la disinfezione, per essere razionale, deve aver di mira le sorgenti dei singoli contagi, la loro natura, la loro resistenza fuori dell'organismo, i veicoli ed i modi di diffusione; solo in tal modo sarà efficace ed utile.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1040) *Iniezioni di ferro.* Al dott. F. P. da M.:

Le iniezioni di ferro sono scarsamente dolorose se la quantità di metallo contenuto è piccola, se il volume del liquido in cui la soluzione è fatta è elevato. È nozione farmacologica non più discussa che basta somministrare minime quantità di ferro per ottenere utili effetti (2–3 cgr. per fiale), e che le dosi alte (5–10 cgr.) sono per lo meno superflue. Le comuni soluzioni in 1 cmc. di soluzione fisiologica possono vantaggiosamente essere sostituite da soluzioni di 2–3 cgr. in 2 cmc. di soluzione fisiologica.

Molte sostanze sono state usate per renderle indolori: la cocaina, la stovaina, l'urea, l'uretano; mentre le due prime sono dannose e quindi devono essere rifiutate, l'urea e l'uretano offrono pochi vantaggi. In soggetti iperestesici è preferibile sostituire la somministrazione per bocca a quelle per via sottocutanea ed ottimi preparati di ferro, tollerati dallo stomaco più difficile, non mancano tra i mezzi di terapia d'uso comune.

t. p.

(1041) *Mastice per siringhe di ebanite.* — Al dott. G. G.:

Può usare il litargirio, accuratamente triturato con glicerina fino a formare una pasta semifluida. Se ne introduce un poco nell'incavo, dalla parte di siringa che porta il becco, vi si innesta poi il tubicino di vetro, e si asporta la parte eccedente nell' interno con un poco di cotone avvolto attorno ad una stecca. Si lascia seccare per 24 ore circa e si ripete l'operazione per l'altro estremo.

Mastice per cuscini di gomma. — Può servire il comune mastice per le camere d'aria di biciclette (soluzione di gomma para in benzina, o benzolo, o solfuro di carbonio), attaccandovi un pezzetto di gomma para. Le superfici da incollare debbono essere prima sfregate con carta vetrata e ripulite con benzina; vi si distende sopra il mastice lasciandolo asciugare, poi si appressano le superfici, collocando il tutto sotto un peso. *l. b.*

(1042). *Trattati di medicina.* All'abb. n. 2865:

Ottimi trattati di patologia moderna sono il Mohr e Stahelin, il Brouardel e Gilbert; meno voluminosi lo Strümpell (ultima edizione), l'Eichhorst.

Per avere le cognizioni più salienti di semejotica, e quelle notizie di tecnica di laboratorio necessarie a letto del malato, è però più opportuno

fornirsi di trattati separati. Nella posta degli abbonati, scorrendo i numeri di questa annata, troverà ottimi volumi pratici, consigliati per la semejotica e per gli usi di laboratorio.

t. p.

(1043) *Infortuni sul lavoro.* Al dott. L. F. da L.: Un volume del Prof. Ascarelli, riguardante infortuni sul lavoro non esiste. In un trattato di Medicina legale dello stesso autore, in corso di pubblicazione vi sarà un esteso capitolo in materia, con speciale riguardo alle autolesioni e simulazioni.

a. a.

(1044). *Sull'epidemia.* Al dott. S. G. abbonato 9751. Possiamo consigliarle la seguente monografia del 1915: Farano Dr. Giuseppe. – Cura degli empiemi cronici, Napoli, Società editrice Pansini.

r. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. STEWART e A. EVANS. *Nerve iniuries and their treatment.* Prezzo scellini 12.60. Frowde, Hodder e Stoughton. Editori, Londra.

La frequenza delle lesioni nervose durante la guerra spiega e giustifica le pubblicazioni di tanti libri sulla sintomatologia e sul trattamento delle lesioni traumatiche del sistema nervoso centrale e periferico. Il libro dello Stewart e dell'Evans, che riguarda soltanto i nervi periferici, è tra i meglio condotti. È una trattazione pratica, chiara. Una buona parte del libro è riservata alle considerazioni generali sui processi di rigenerazione dei nervi, ai metodi di esame, alla sintomatologia nelle varie fasi di degenerazione e di rigenerazione, alla diagnosi differenziale con le forme funzionali, al trattamento generale; ma con non minore chiarezza e completezza è trattata la parte riguardante le lesioni delle singole parti dei plessi e dei singoli tronchi e rami nervosi. *a. a.*

A. MELVILLE PATERSON. *Anatomy of the periphereal nerves.* Prezzo scellini 12.60. Editori Hadder e Stoughton e Frowde. Londra.

È un breve ma chiaro, preciso compendio dell'anatomia dei nervi periferici.

Il modo di esposizione rende più accessibile alla intelligenza e più facilmente ritenibile alla memoria la topografia, l'origine, la distribuzione dei singoli nervi.

Numerose figure illustrano il testo. *a. a.*

I. H. JONES. *Equilibrium and Vertigo.* — Prezzo Scell. 21. Editori Lippincott. Philadelphia e Londra.

Lo sviluppo dell'areonautica e dell'aviazione ha dato notevole impulso ed incremento agli studi sulla funzione dell'equilibrio. Molti lavori sono stati pubblicati su questo argomento negli ultimi anni, e la importanza dell'orecchio interno come organo di equilibrio è stata definitivamente fissata. Il libro di Jones è una trattazione completa dell'anatomia, della fisiologia e della patologia dell'orecchio interno. È un'opera che per la sua ampiezza, per il suo rigorismo scientifico può costituire un trattato classico di consultazione sul complesso argomento.

Come quasi tutte le pubblicazioni inglesi il libro ha una splendida veste tipografica con nitide illustrazioni. Oltre a ciò in una busta attaccata alla legatura sono allegate figure fotografiche doppie da osservarsi con lo stereoscopio.

a. a.

VARIA.

I vantaggi dell' ambidestrismo. — Armaingaud ha proposto all'*Accadémie de médecine* che sia rivolto un appello alle famiglie, ai maestri, ai ministri perchè i ragazzi siano d'ora in avanti educati alla utilizzazione uguale delle due mani. Finora l'ambidestrismo è un privilegio di pochi individui che mancini per natura furono costretti dai loro educatori ad adoperare anche la mano destra. Non è dubbio che l'uso eguale delle mani costituisce un vantaggio notevole. Molti mutilati di guerra, se avessero ricevuta una tale educazione nella infanzia, potrebbero ora meglio sopportare la mancanza dell'arto superiore destro. Ma a parte ciò l'ambidestrismo costituirebbe per l'avvenire un vantaggio effettivo per i chirurgi, gli oculisti, gli operai, i musicisti, ecc.

Per quel che riguarda la Francia, Armaingaud sostiene la necessità di educare i ragazzi all'ambidestrismo perchè esso compenserebbe in parte la diminuzione della popolazione francese che, dice egli, « è messa in grave pericolo in un pros« simo avvenire per la sua lentezza d'accresci« mento in confronto di quella tedesca, e che « mentre è decimata anche dalla tubercolosi e « dall'alcoolismo, ha perduto in guerra oltre due « milioni di uomini ed altrettanti ne ha mu« tilati ».

g. d.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici per un fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie, ha raccolto, col trentasettesimo elenco delle offerte (a tutto il 31 agosto 1919), la somma di lire 181.505,55.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Lo sciopero dei medici.

Sarebbe difficile decidere se i medici appartengono alla classe proletaria o a quella capitalistica. Chi volesse affrontare una quistione dovrebbe ben presto accorgersi che una soluzione esatta sarebbe presso che impossibile. La classe medica è composta di elementi a valori economici tanto differenti, di elementi le cui prestazioni sono tanto varie e variabili ed a compenso tanto indefinibile, che ogni classificazione nella stratificazione sociale riesce ardua.

A dir vero ed esaminando attentamente la condizione dei medici parrebbe che essi non costituiscano una categoria economica della società. E se si tien conto del fatto che la loro, oltre ad essere una professione è una missione, non è pretenzioso affermare che i medici possono, o meglio dovrebbero, esser fuori di ogni competizione sociale.

Ma purtroppo per necessità di cose da qualche tempo sono scesi dall'alto, nel quale si trovavano per ragione della loro cultura e della loro professione-missione. I medici non hanno disdegnato, o meglio non hanno potuto fare a meno, di chiedere e di appoggiare le loro richieste non solo sui loro diritti e sui loro bisogni, ma anche su metodi di lotta che, almeno finora, non parevano convenienti alla loro dignità.

Qualche associazione sanitaria ha deliberato la iscrizione alla locale Camera del lavoro, qualche altra ha senza esitazione minacciato lo sciopero.

Non sappiamo se la domanda di iscrizione alla Camera del lavoro sia stata accolta. Le organizzazioni proletarie sono così gelose del loro carattere, temono tanto la infiltrazione di elementi borghesi o semi-borghesi, che è lecito dubitarne.

In quanto allo sciopero non abbiamo notizia che in qualche parte d'Italia si sia passato dalla minaccia al fatto, e quindi non possiamo giudicare delle sue immediate conseguenze.

Per ora conviene limitarsi a registrare come fatto di cronaca la intenzione di scioperare da parte di alcuni gruppi di medici, e discutere se convenga alla nostra classe non lo sciopero in atto, ma la semplice minaccia di esso.

Bisogna premettere che nessuna meraviglia può destare il fatto che alcuni colleghi abbiano pensato di dover collettivamente lasciare di adempiere il loro còmpito a scopo di intimidazione e rappresaglia. Lo sciopero è oramai un atto abituale della vita sociale, come è per l'individuo soffiarsi il naso. Maggiore meraviglia quindi avrebbe fatto se neppure un medico o qualche gruppo di medici non fosse stato preso dal contagio, o non avesse subita la suggestione della moda. Scioperano tutti, anche quelli che pur avendo un'etichetta o una casacca proletaria guadagnano oltre il loro bisogno e sproporzionatamente alle loro prestazioni; perchè non dovrebbero poter scioperare alcune categorie di medici che sono trattate con così evidente ingiustizia?

Ma la legittimità delle rivendicazioni non giustifica ogni mezzo di lotta, anche se alla fine dei conti esso si risolve per un danno per coloro che l'hanno adoperato... Molte considerazioni si potrebbero fare sui danni che apporta alla stessa classe operaia l'abuso degli scioperi, arma che se prudentemente adoperata potrebbe riuscire più vantaggiosa. Basti accennare al fatto che lo sciopero significa diminuzione della produzione i cui effetti risentono sopratutto i proletari stessi, ed al fatto che l'abuso finisce per svalutarlo psicologicamente in confronto di coloro, contro i quali è diretto, che finiscono così per subirlo come una calamità ineluttabile.

Per quel che riguarda i medici non si può parlare di diminuzione di produzione. I sanitari, è vero, curando la salute degli effettivi produttori di ricchezza, contribuiscono in via indiretta all'arricchimento della nazione. Ma sarebbe strano che uno sciopero potesse durare così a lungo da far sentire davvero sotto tale riguardo la inattività dei medici.

Il danno derivante agli altri ed alla classe stessa dall'astensione dal lavoro da parte dei medici è tutt'altro.

Il fatto essenziale è che lo sciopero dei medici è praticamente impossibile, e quindi il tentativo di attuarlo non può che riuscire almeno moralmente dannoso per coloro che da esso pretendono il riconoscimento dei propri diritti. E non bisogna neppure minacciare ciò che è preventivamente svalutato.

La storia non registra casi di medici che si siano, collettivamente e per scopi personali, rifiutati di prestare le loro cure ai pazienti. Lo sciopero dei medici di Lipsia durante i moti spartachiani fu attuato in condizioni tanto straordinarie che non può essere ricordato a mo' d'esempio. Del resto esso non durò che un giorno o due e fu nobilitato dallo scopo tutt'altro che personale di metter fine alla guerra civile.

Uno sciopero perchè possa riuscire deve contare se non sulla simpatia, per lo meno su di una non eccessiva ostilità da parte degli altri cittadini. Lo sciopero dei ferrovieri, dei postelegrafici o di altri addetti a pubblici servizi può disturbare gli affari degli altri componenti la collettività, ma non colpisce il supremo bene degl'individui, la salute e la vita.

Se noi crediamo di potere da un momento all'altro abbandonare gli infermi, dimostriamo all'evidenza o di non possedere una sufficiente coscienza morale, o di non avere alcuna fiducia nella medicina.

Vero è che se cento medici scioperassero, altrettanti ne accorrerebbero al capezzale degli infermi abbandonati. E la taccia di krumiri non sarebbe per essi.

Noi abbiamo la convinzione piena di essere necessari alla società, questa ha fiducia in noi. Noi abbiamo bisogno, abbiamo interesse che la società sappia che di noi non può fare a meno neppure per un'ora. Vogliamo noi, proprio noi, barattare questa convinzione, questa fiducia, per il gusto di abbandonarci alla gazzarra dello sciopero?

È per questo che io dico che non solo lo sciopero, ma la semplice minaccia di esso deve essere adoperata con una certa prudenza. Insistere troppo sulla minaccia senza venire ai fatti è per un verso dannoso perchè non serio; ricorrere allo sciopero è disastroso.

Noi abbiamo altri mezzi di lotta, dai quali si può ancora ricavar molto.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Come è applicata la legge sugli Ordini dei sanitari.

In un memoriale che contiene anche gli ordini del giorno votati dal Congresso degli Ordini dei Medici e che è stato presentato dal Direttore generale della Sanità, dott. Lutrario, sono state segnalate irregolarità di applicazione della legge sugli Ordini e voti di modificazioni nella legge stessa. Fra altro, risulta dal memoriale che in alcune provincie non è ancora completa la iscrizione dei medici nell'albo: alcuni Ordini non possono regolarmente funzionare; in alcuni albi già pubblicati è contenuto l'elenco dei medici esercenti nella provincia ma non iscritti in nessun Ordine; nell'Ordine di Perugia, già disciolto, il Commissario Prefettizio non ha convocato l'Assemblea ordinaria per il bilancio e per il contributo annuale.

È stato chiesto, con uno dei voti compresi nel memoriale, che non siano affidati interinati o, comunque, che non siano assunti in servizio medici che non provino di essere iscritti ad un Ordine. Si domandato anche:

a) che la rappresentanza dell'Ordine del Consiglio Provinciale di sanità non sia legata al nome o alla persona pel Presidente ma possa essere affidata ad esso o ad altro Consigliere in sua vece, come per il Procuratore del Re, il Direttore di Sanità militare, ecc.;

b) che mediante esatta interpretazione degli art. 3 e 4 della legge sugli Ordini e art. 1 del Regolamento, sia nettamente stabilito che qualora il medico cambi residenza debba iscriversi nell'albo della provincia nella quale va ad esercitare.

Intorno alla crisi dei Primari delle Sezioni dell'Ospedale Maggiore di Bologna,

della quale fu dato cenno nel fasc. n. 33, l'Amministrazione degli Ospedali, mentre è rimasta ferma nel proprio deliberato in omaggio al Regolamento, circa il computo del massimo degli anni di durata del servizio, aprirà entro la seconda quindicina dell'ottobre il concorso per i posti vacanti, che sono poi quelli di tutte le Sezioni. Per queste provvide allora, incaricando a turno i comprimarî liberi da altri servizi.

Diamo intanto l'elenco delle *Sezioni* coi nomi dei *Comprimarî*, che attualmente fanno servizio fino al 31 dicembre, e fra parentesi i nomi degli *ex-Primari*, colla data dell'inizio del loro primariato, cessati tutti per la controversia, meno uno per limite d'età.

1ª *Sez. chirurgica*: (prof. Nigrisoli, 1905) - dottor Enrico Musini.

2ª *Sez. chirurgica*: (prof, Monari, 1898) - dottor Carlo Veronesi.

1ª *Sez. medica*: (prof. Dagnini, 1903) – dottor prof. Nino Samaia.

2ª *Sez. medica*: (dott. Boschi, 1903) - dottor Francesco Vannini.

3ª *Sez. medica*: (non fu mai messa a concorso) - dott. prof. Giuseppe Poggi.

Sezione cronici: (come sopra) - dott. Giovanni Tosi.

Gabinetto d'analisi: (prof. Vannini, 1903) - dottor Augusto Busacchi.

Gabinetto radiologico: (prof. Busi, 1907) - dott. Zanasi.

Ospedale Maternità: (prof. Bordè, 1899).

Brefotrofio: (dott. Pappi, 1900) - dott. prof. Ettore Bidone, - Si attende la nomina di un Comprimario pediatra per l'incarico al Brefotrofio.

I medici interini degli ospedali di Roma.

Recentemente si sono riuniti in Roma i medici interini della città e dopo ampia discussione vennero formulate le seguenti richieste da presentarsi alle competenti Direzioni:

1) che i medici interini possano essere sostituiti solo da quei medici effettivi per concorso che non abbiano completato il regolare periodo di due anni, perchè chiamati alle armi, come è stato finora fatto per gli aiuti chirurgi interini;

2) che la sostituzione graduale cominci con l'escludere i medici stranieri anche se di anzianità maggiore di qualunque altro.

Convegno di medici condotti calabresi.

In Catanzaro ha avuto luogo un numeroso convegno di medici condotti calabresi.

La discussione si svolse sugli argomenti inscritti all'ordine del giorno, cioè: lotta economica, lotta politica, giornale di classe, propaganda igienica, relatori Grandoni, Evoli e Belliotti.

Il convegno delibera d'intensificare l'organizzazione della classe, di allearsi alle affini organizzazioni di lavoratori, intellettuali e materiali, di esigere la realizzazione degli improrogabili miglioramenti economici e di servizio, con la minaccia a tempo (due mesi) delle dimissioni collettive, di partecipare alla prossima lotta elettorale con una candidatura di classe per ciascuna delle tre provincie e di creare un giornale di classe e di propaganda igienica.

Per gli ufficiali sanitari.

Dal deputato del secondo Collegio di Napoli, on. prof. Carlo Cucco, è stata inviata alla presidenza della Camera la seguente interrogazione pel Ministero dell'interno: « Sulle condizioni dei benemeriti ufficiali sanitari e sul dovere assoluto di migliorarne radicalmente la posizione sanitaria ».

Gli ufficiali sanitari provvisorii.

Una Commissione di ufficiali sanitari composta dai dottori Barone Luca, Langella Francesco e Formicola Ciro, in rappresentanza dell'intera classe, si è recata, accompagnata dall'on. Cucco, al Ministero dell'interno, ove è stata ricevuta dal sottosegretario di Stato on. Grassi e dal direttore generale della Sanità pubblica, prof. Lutrario.

La Commissione ha esposto brevemente la necessità ed il diritto di diventar definitivi, dato che la nomina fu fatta precedentemente alla guerra, e che si son compiuti da ognuno non meno di cinque anni di servizio interrotto.

Il sottosegretario ed il prof. Lutrario hanno promesso di occuparsi con molto interesse e benevolenza dell'importante questione, riconoscendo la giusta causa degli ufficiali provvisori, che così lodevolmente hanno prestato la loro opera durante diverse epidemie, e durante il periodo della guerra.

Gli ufficiali sanitari della provincia di Caltanissetta.

Hanno tenuto un'adunanza cui aderirono tutti e presenziarono non pochi degli ufficiali sanitari della provincia.

Di seguito ad esauriente discussione, nella quale insieme agli interessi di classe furono presi in seria considerazione quelli del pubblico servizio, si venne, con unanime consenso, alle seguenti deliberazioni.

Richiesta di aumento di stipendio alla G. P. A. a norma dell'art. 23 del Testo Unico della Legge Sanitaria. Si è convenuto di chiedere che lo stipendio degli ufficiali Sanitari, non medici condotti, sia equiparato allo stipendio e relativa indennità di residenza stabiliti dal D.L. 6 luglio 1919, n 1239 per gli insegnanti elementari tenuto conto, rispettivamente, degli anni di servizio prestati e della popolazione del Comune. Le istanze saranno fatte singolarmente dagli ufficiali Sanitari secondo una formola da stabilirsi; ma verranno collettivamente presentate all'Autorità competente, insieme ad apposito Memoriale, da una Commissione speciale. Naturalmente si lasceranno impregiudicate quelle maggiori assegnazioni che eventualmente saranno per risultare da nuove tabelle organiche generali per gli impiegati dei singoli Comuni. L'assemblea non si è occupata delle indennità ai medici condotti incaricati delle funzioni di ufficiale Sanitario perchè essi avevano già deliberato in proposito.

Promuovere, nel medesimo tempo, provvedimenti atti ad assicurare una regolare e non fittizia efficienza degli uffici e servizi sanitari nei vari Comuni, con la istituzione di uno o due vigili sanitari, di uno o due disinfettatori, di un locale per disinfezioni corredato di tutti gli attrezzi e materiali necessari, di un locale d'isolamento permanentemente a disposizione dell'ufficiale Sanitario e sufficiente almeno per le ordinarie esigenze della profilassi o per le prime urgenti contingenze straordinarie. Di tali provvidenze si occuperà pure il memoriale sopracitato, con riserva di proposte concrete per ogni singolo Comune, se ed in quanto gli organi tecnici della R. Prefettura ne facciano richiesta.

Nomina di una Commissione esecutiva per la redazione del memoriale e per le ulteriori pratiche.

Assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'Assemblea dei Presidenti degli Ordini dei Farmacisti italiani riunita recentemente in Roma, udita la comunicazione di quanto il Governo sta studiando, a mezzo di apposita Commissione, per stabilire per legge l'Assicurazione obbligatoria contro le malattie, la quale si estenderebbe a circa 25–30 milioni di italiani e quindi a circa i tre quarti della popolazione italiana;

Appreso che l'Istituto assicurativo dovrebbe provvedere anche all'assistenza farmaceutica, onde, per questo solo fatto, il problema coinvolge i più alti interessi della classe farmaceutica la quale perciò non può nè disinteressarsi nè essere tagliata fuori dalla Commissione ministeriale suddetta;

Mentre approva i passi fatti dal Presidente federale presso il Governo onde anche la Federazione abbia i suoi adeguati e legittimi rappresentant

nella Commissione e ringrazia il Governo per la recente nomina del cav. uff. Giongo Carlo a membro della Commissione stessa, esprime però il voto che altri farmacisti in rappresentanza della Federazione degli Ordini dei farmacisti d'Italia siano nominati a fare parte di tale Commissione, onde gli interessi della classe farmaceutica e del servizio siano in modo più largo tutelati;

Esprimono l'avviso essere inconcepibile che un problema di tale mole e di tale gravità venga proposto e discusso in silenzio da una Commissione, sia pur rispettabile e competente, all'infuori della gran massa degli interessati che sono ad un tempo il pubblico, i medici, i farmacisti e le levatrici, onde gli iniziati al grande progetto sono pochi ed i sanitari in generale sono all'oscuro di ogni cosa e quindi sospettosi, timorosi, disorientati e perplessi circa il progetto stesso;

Ed invitano pertanto il cav. Giongo, in attesa che la Federazione degli Ordini dei Farmacisti d' Italia abbia altri diretti suoi rappresentanti in seno alla Commissione, di mantenersi in stretto contatto col Presidente della Federazione onde questi possa tenere tempestivamente informata la classe ove il progetto nasconda qualche pericolo o qualche minaccia agli interessi morali e materiali dei farmacisti.

Per le tariffe giudiziarie pei medici.

Il presidente della Federazione degli Ordini ebbe, or è qualche tempo, una conferenza col ministro di Grazia e Giustizia on. Facta e gli presentò l'Ordine del giorno votato dal Congresso per la riforma della tariffa giudiziaria pei medici, in vigore ancora quale fu stabilita nel 1865! Il ministro rispose immediatamente che egli aveva già allo studio la riforma, e, letto l'O. d. G. che considera la tariffa ancora in vigore «una vergogna», disse che questa era purtroppo l'espressione esatta e per ciò appunto egli aveva già in animo di riformare la tariffa stessa.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'assistenza dei riformati per tubercolosi.

Con regio decreto 4 corrente si determina nella misura di lire dieci per ogni giornata di presenza il contributo a carico dello Stato nelle spese di assistenza specifica dei riformati dal servizio militare per tubercolosi polmonare ricoverati negli appositi luoghi di cura: e ciò a modifica dell'articolo 4 del decreto luogotenenziale 4 aprile 1918, n. 483, che stabiliva la misura massima di tale contributo in lire cinque per ogni giornata di presenza.

Lo stesso regio decreto *pone a carico del Ministero dell'Interno la competenza passiva dell'intera spesa* del contributo in parola, a modifica dell'art. 5 del citato D. L. che poneva tale contributo per metà a carico del Ministero dell'Interno e per l'altra metà a carico del Ministero della guerra o di quello della marina, a seconda che il riformato dal servizio militare, cui la quota era attribuita, provenisse dal R. esercito o dalla R. marina.

La prima delle nuove disposizioni predette, elevando la misura massima del contributo in relazione alle mutate condizioni del costo della vita in confronto di quelle tenute presenti all'atto della redazione del D. L. 4 aprile 1918, n. 483, viene a facilitare gli accordi con gli istituti civili interessati per l'applicazione del decreto stesso.

La seconda dà al servizio un assetto più consentaneo allo stato di pace e si traduce in una grande semplificazione di procedura e di corrispondenza per gli enti interessati, sia civili che militari, i quali, con il nuovo regime, non avranno che a chiedere al Ministero dell'Interno, i primi la corresponsione integrale del contributo in parola, i secondi l'integrale rimborso.

MEDICINA SOCIALE.

Problemi sanitari del dopo guerra.

Vigilanza igienica.

Sarebbe stato bene, a nostro parere, che nella Commissione nominata con D. M. 24 maggio 1919 per studiare la riforma dei servizi di vigilanza igienica, accanto ai nomi autorevoli dei due medici che ne fecero parte, per quanto in minoranza rispetto agli altri membri, esperti in scienze giuridico amministrative, figurasse quello di un medico provinciale, o almeno di un ufficiale sanitario di un comune rurale; e ciò per ovvie ragioni di competenza pratica, essendo la vigilanza igienica nei comuni minori la parte più importante ed ardua del problema, quella alla quale necessita in modo assoluto sia data adeguata e pronta soluzione.

Ciononostante viva lode va data al Governo il quale ha dimostrato con tale atto seri intendimenti al riguardo; mentre d'altra parte è da sperare che, innovandosi a viete consuetudini, le proposte della Commissione saranno sottoposte preventivamente al dibattito della pubblica opinione medica; poichè non sarebbe lecito disdegnare qualsiasi contributo, per quanto modesto, il quale valesse a maggiormente illustrare

un argomento di tanta importanza e di vitale interesse per la sanità pubblica, in modo da fornire al legislatore la messe più ampia possibile di utili e indispensabili elementi per le sue ponderate e decisive determinazioni.

Tali cautele non appariranno oziose a chi si faccia a considerare le vicende e l'essenza del problema che ora ci occupa.

Come l'ufficio provinciale è considerato il fulcro dell'amministrazione della sanità pubblica, l'ufficiale sanitario ne è la sentinella avanzata. Ogni fatto, qualsiasi contingenza, che possa comunque turbare o semplicemente interessare l'igiene e la sanità anche nel più piccolo e sperduto comune del regno è subito scoperta e conosciuta da questa vigile scolta, che vive a diuturno contatto della popolazione, della famiglia e dello stesso individuo.

Allora egli, dopo averne dato immediatamente l'allarme, prende le misure del caso, eseguendo anche tutte le disposizioni che l'autorità crede emanare. Ma, mentre alcuni dei comuni maggiori dispongono di organi e mezzi idonei allo scopo, gli altri tutti ne difettano in modo dannoso al servizio, e talora con serio e permanente pericolo per la pubblica salute.

Pertanto, se ad ottenere un assetto stabile e proficuo nei primi può bastare che siano apportati semplici ritocchi all'attuale organizzazione, per gli altri, dato anche il loro grandissimo numero, il problema si presenta come uno dei più importanti e ponderosi della sanità pubblica.

Già per l'addietro il Governo ebbe ad occuparsene inquantochè si era imposto fino dalla prima applicazione della legge sanitaria; ed a varie riprese congressi, stampa, autorevoli igienisti e anche funzionari avevano richiamato su di esso l'attenzione dei pubbllici poteri, mettendo in rilievo deficienze e inconvenienti e proponendo opportuni provvedimenti. I quali possono dividersi in due categorie, gli uni mirando a integrare e migliorare le disposizioni fondamentali vigenti e gli altri essendo diretti ad apportarvi mutamenti radicali e innovatori. Fra i primi ricorderemo la formazione di un corpo di disinfettatori destinati come i pompieri, ad accorrere dal capo luogo della Provincia ovunque nei varî comuni insorgesse un pericolo per la salute pubblica: ricorderemo pure l'altro analogo ma più estensivo, dell'istituzione di vigili alla dipendenza del medico provinciale, con mansioni esecutive sia di profilassi, che di vigilanza generale igienico-sanitaria.

Fra quelli della seconda categoria segnaleremo per la loro importanza quello relativo alla nomina di apposito U. S., libero dalle funzioni di medico condotto, anche pei comuni minori, da soli o uniti in consorzio, nonchè l'altro riguardante l'impianto di uffici d'igiene intercomunali dotati di laboratori e ogni altro presidio tecnico occorrente; dei quali potevano valersi, al pari del Ministero, per eventuali esigenze di profilassi generale e di sanità marittima, gli ufficiali sanitari degli altri comuni che non ne fossero sede.

Il Governo adottò il primo dei provvedimenti ultimi enunciati, stabilendo che alla carica di U. S. fosse provveduto colla nomina per concorso ed esame di apposito titolare, all'infuori del medico condotto; e che in mancanza d'aspiranti fosse conferito un incarico annuale a chi, medico condotto o libero esercente, possedesse il titolo di studi speciali e pratici di pubblica igiene. Ma l'esiguità dell'assegno attribuito alla carica nella maggioranza dei comuni frustrò l'intendimento della legge, di arrivare alla sistemazione del servizio, separando stabilmente la funzione preventiva dalla curativa; mentre per gli incarichi temporanei si ebbe solo il risultato, che qualche novizio, munitosi del facile titolo prescritto, ottenesse di soppiantare nella carica di U. S. il medico condotto, meglio esperto del servizio e circondato della stima e fiducia dell'autorità e della popolazione.

E' noto, poi, malgrado lo zelo spiegato dagli ufficiali, l'insuccesso della prova tentata per consorziare i varî comuni, allo scopo di creare posti di U. S. che fossero ben retribuiti, indipendenti dalle soggezioni e inframmettenze locali e dotati degli occorrenti presidî di profilassi e vigilanza.

La riforma abortì, anzitutto, per l'accanita ostilità da parte del personale dei medici condotti, i quali più che alla rinuncia della scarsa indennità, non sapevano rassegnarsi ad essere soppiantati nella carica, perdendo, con diminuzione di prestigio e pregiudizio dei loro interessi, quella supremazia nei loro comuni, che fino allora avevano goduta incontrastata: abortì anche perchè le amministrazioni comunali, gelose della loro autonomia, non intendevano farne sacrificio ad un nuovo istituto, della cui importanza ed utilità non erano compresi.

Comunque, l'insuccesso portò, insieme al discredito dei nostri ordinamenti, grave disorientamento nel personale, il cui zelo andò sempre più affievolendosi.

Che potevasi, invero, pretendere da chi, investito di funzioni tanto delicate e piene di responsabilità, aveva una posizione, oltrechè scarsamente retribuita, tutt'affatto precaria ed incerta, mentre egli mancava dei mezzi indispensabili di sicure direttive?

Poichè tale stato di cose perdura da troppo

lungo tempo, il recente atto del Governo è accolto con compiacimento nella fiducia, che seguendo i criteri suggeriti da una ormai lunga esperienza, si addivenga finalmente allo stabile e proficuo assetto invocato.

Questi inconvenienti, è opportuno rilevarlo per comprendere i provvedimenti da adottarsi, si verificano malgrado vi siano esplicate disposizioni regolamentari, in forza delle quali agli uffici sanitari provinciali è assegnato, se non anche personale di ordine, come sarebbe indispensabile, almeno un segretario per la trattazione degli affari giuridico-amministrativi, mentre ad ispettori ministeriali è dato incarico, fra l'altro, di accertare come proceda il funzionamento degli uffici stessi. Oltre a ciò, una sequela di formalità, da adempiersi prima e dopo l'ispezione, concorrono a deprimere spesso ogni iniziativa al riguardo, quando non creano nel funzionario anche uno stato d'irritazione per la diffidenza e ostilità, che da esse chiaramente traspaiono.

Gli ostacoli provengono talvolta dall' Amministrazione Provinciale, la quale, essendole riservato soltanto il pagamento delle indennità, senza facoltà e modo di giudicare in merito all'importanza vera del servizio, non di rado, in mancanza di sicuri e precisi criteri e di controllo, imposta in bilancio somme inadeguate o solleva obbiezioni sulle spese, che le sono attribuite. Le stesse disposizioni vigenti, poi, sono difettose. Ed, invero, l'art. 142 del Reg. 3 febbraio 1901, che determina i casi e i modi per l'intervento del medico provinciale in occasione dello sviluppo di malattie infettive, sembra inspirato piuttosto ad oculati criteri di parsimoniosa contabilità, anzichè diretto a stimolare la attività dell'ufficio, affinchè sia sempre vigile e pronto nella tutela della salute pubblica.

Cosicchè, se il medico provinciale dovesse, come dispone il detto Regolamento, attendere, sempre, di avere prima conosciuto « se i casi di malattia infettiva denunciati siano geneticamente connessi fra di loro » e « se il suo intervento sia necessario » e, poscia, fare al Prefetto la proposta, di eseguire sopra il luogo le opportune verifiche, è ovvio, che l'intervento sarebbe tardivo, perchè si effettuerebbe sempre a contagio dilagato, col pericolo, nella maggioranza dei casi, stante le note deficenze dei servizi profilattici nei comuni rurali, che la salute pubblica fosse per esserne seriamente compromessa.

Tuttavia, anche quando l'intervento possa venire tempestivamente, al medico provinciale spetta soltanto di fare « inchieste » e dare « le opportune istruzioni »; e quindi i provvedimenti urgenti richiesti, dovendo ottenere la preventiva sanzione del Prefetto, non possono essere attuati colla dovuta prontezza ed efficacia.

Ed a chi poi ne è affidata in generale l'attuazione? Agli organi locali, che nei piccoli comuni, per deficenza di mezzi e di idoneo personale oppure per riguardi, sono impari allo scopo.

Varie Prefetture, invero, sono state dotate di apparecchi e materiale profilattico ed alcune anche di apposito personale.

Ma il provvedimento non sappiamo se sia generale, e in ogni modo il personale, reclutato nelle Prefetture con criteri persino estranei al compito specifico, cui dovrebbe attendere, manca della istruzione ed attitudine necessaria mentre di solito è adibito nelle Prefetture a lavori di fatica o di scritturazione, e ciò nemmeno a vantaggio dell'ufficio sanitario.

Cosicchè, essendo poi questo stesso personale, come è ovvio, sfornito, oltrechè della facoltà, anche delle cognizioni necessarie per prelevare campioni e altro materiale da essere sottoposto alle indagini chimico-micrografiche, e ciò nei riguardi dell'intera vigilanza igienica in generale, ne risulta che l'ufficio sanitario non trovasi in grado di esercitare proficuamente opera fattiva e nemmeno di promuoverla, perchè l'ufficiale sanitario, al quale sono addossate nei comuni rurali le varie mansioni inerenti ai servizi d'igiene e sanità pubblica, non sempre risponde volenterosamente o adeguatamente, in quanto incontra forti ostacoli locali nel disimpegnare incarichi di carattere fiscale o comunque, causa la mancanza di educazione igienica e civile, invisi alla popolazione.

In quanto ai laboratori incaricati delle analisi si può ritenere che siano sufficienti e dispongano di mezzi e personale idoneo, e ciò non solo per quanto riguarda i laboratori della Sanità Pubblica e Universitari, ma anche quelli comunali e consorziali o appartenenti ad enti speciali.

Ultimamente sono stati aggiunti i laboratori militari, i quali, diretti da personale capace proveniente dai laboratori civili, hanno dato, anche per la larghezza dei mezzi, di cui potevano disporre, al pari dell'intera organizzazione profilattica militare, notevole ed utile contributo alla difesa sanitaria del Paese.

Ciò nonostante, i rapporti, che generalmente intercorrono fra i laboratori anzidetti ed il medico provinciale, non sono tali da poter assicurare un servizio di vigilanza regolare ed efficace.

Coll'articolo 101 del Reg. 19 luglio 1906, si è voluto sottoporre i laboratori comunali e consorziali di vigilanza igienica per la parte tecnica alla diretta vigilanza e controllo del medico provinciale. Ma è disposizione questa di delicata e difficile attuazione, perchè i laboratori anzi-

detti sono impiantati e gestiti da enti diversi dallo Stato. Per cui, potendo tutt'al più derivarne al medico provinciale solo una qualche autorità morale, ne consegue, che l'ufficio sanitario non ha laboratori da esso effettivamente dipendenti, di cui possa liberamente disporre per fronteggiare qualsiasi esigenza di servizio.

E le stesse convenzioni, che in qualche provincia si è riuscito a concludere, stante la difettosa organizzazione dei servizi hanno dato risultati scarsi.

Accenneremo, da ultimo, ad un incoveniente massimo, di cui non sembrano rendersi conto i poteri responsabili e che invece è tale, si può affermarlo, che mina e paralizza per qualche tempo l'intera organizzazione sanitaria provinciale. Alludiamo ai traslochi dei funzionari di sanità, che non siano giustificati e reclamati da gravi e impellenti necessità di servizio.

Non insisteremo sul danno materiale e, non di rado, morale del funzionario, obbligato ad abbandonare una sede, con sacrificio dei propri interessi privati, per trasferirsi immediatamente o quasi in altra sede di importanza minore o comunque non desiderata. Senonchè ciò determina malcontento, che si riverbera inevitabilmente, almeno per qualche tempo, sull'attività del funzionario stesso. Al che tuttavia non contribuisce forse meno, in ispece nei funzionari più diligenti e ligi al servizio, il fatto che traslochi frequenti tolgono ad essi la soddisfazione di cogliere il frutto di un'accurata e ordinata organizzazione dell'ufficio, a cui sempre hanno dovuto dedicare cure assidue e laboriose, quando anche non impediscono loro senz'altro di esplicare opera qualsiasi seriamente proficua.

Ed, invero, questi funzionari, diversamente da quelli amministrativi, non possono trattare pratiche soltanto consultando leggi e documenti, ma devono prima conoscere bene *de visu* luoghi e popolazioni per adattare in modo concreto ed efficace istruzioni e provvedimenti alle particolari e svariate condizioni d'ambiente.

Il che nei riguardi di un'intera provincia può essere conseguito, com'è ovvio, soltanto dopo una permanenza alquanto prolungata in una data sede.

Pertanto da questi traslochi derivano condizioni morali, invelenite, talvolta, pure dal sospetto di pressioni, cosidette, politiche (da cui la funzione tecnica per esplicarsi libera ed intera dovrebbe sempre essere gelosamente e fermamente preservata) e vere condizioni materiali, che ostacolano assolutamente ed arrestano il normale andamento di così importante servizio.

Come ovviarvi? È ciò che vedremo prossimamente.

G. F.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7973) *Pensioni*. — Dott. T. D. M. da M. I. — Non possiamo precisarle la somma che dovrebbe sborsare per ottenere il riscatto degli anni di servizio prestati dal 1º gennaio 1899 all'8 ottobre 1909 perchè non si conosce l'ammontare delle quote mutue, che sono quelle che concorrono ad accrescere l'entità della massa ripartibile per la premorienza di associati non aventi diritto a pensione.

(7974) *Indennità caro-viveri*. — Dott. M. P. da F. — A lei compete doppia indennità caro-viveri perchè presta servizio in due diversi Comuni. Ricorra alla G. P. A. ed in caso di esito negativo ne riferisca per studiare il da farsi.

(7976) *Soppressione di condotta medica - Diritti acquisiti*. — Dott. abbonato 9385. — Il medico stabile non può essere licenziato, se non per giustificati motivi. Ma il licenziamento non ha nulla da vedere con la soppressione della condotta, la quale essendo ragguagliata a caso di forza maggiore rompe di diritto il rapporto di impiego e libera il dipendente da ogni vincolo verso la civica amministrazione. Avvertiamo però, che la soppressione della condotta non è solamente deliberata dal Consiglio comunale, ma deve essere approvata dalla Giunta provinciale amministrativa previo parere del Consiglio provinciale di Sanità.

(7977) *Ufficiale sanitario - Indennità caro-viveri*. — Dott. G. B. da C. E — All'ufficiale sanitario non compete indennità caro-viveri perchè egli non è impiegato comunale e non percepisce stipendio ma una semplice indennità. Ella, quindi, se percepisce tale indennità come medico condotto, non può pretenderla eziandio dallo stesso Comune nella qualità di ufficiale sanitario.

(7978) *Ufficiale sanitario in due Comuni - Indennità di trasferta*. — Dott. G. P. da C. M. — Essendo Ella ufficiale sanitario in due Comuni, non può pretendere quando si reca dalla sua residenza nell'altra per ragione di servizio, la indennità di trasferta o di missione, perchè tale viaggio non è fatto per eseguire visite od ispezioni nell'interesse della pubblica salute d'ordine della competente autorità, ma bensì per il disimpegno di un servizio cui è tenuto in conseguenza della nomina prefettizia regolarmente ottenuta.

(7979) *Indennità caro-viveri*. — Dott. A. B. da B. — Se il Comune ha volontariamente concessa la indennità caro-viveri all'ufficiale sanitario, tale concessione non può più essere revocata perchè costituisce un diritto acquisito da farsi valere per tutta la durata della concessione come fu, a suo tempo, stabilito nel relativo deliberato.

(7980) *Pensioni.* — Dott. A. M. da T. S. S. — Con 65 anni di età e 25 di servizio si liquida la pensione in annue lire 1451. Nessuna indennità caro-viveri è presentemente concessa ai medici condotti che vanno in pensione Non si conosce se sarà in seguito modificata la legge sulla cassa di previdenza per aumentare il gettito della pensione da liquidarsi in favore dei sanitari.

(7981) *Numero dei poveri aventi diritto a cura gratuita.* — Dott. E. G. da S. — L'articolo 27 del regolamento generale sanitario del 1906, dichiara che il numero dei poveri aventi diritto a cura gratuita indicato nel capitolato di nomina è sempre approssimativo e che detta notizia non ha valore contrattuale.

Ella, quindi, non può opporsi a che il Comune aumenti il numero di detti poveri di fronte a quello espresso nel capitolato. Se, però, l'aumento è eccessivo in modo da non essere adeguato il compenso al lavoro che il sanitario deve sostenere, si può chiedere aumento della retribuzione alla G. P. A ai termini dello articolo 26 della legge.

(7982) *Ordine dei sanitari – Inscrizioni.* — Dottor A. G. da V. — L'articolo 16 del D. L. del 16 luglio 1916, n. 947, stabilisce che chi esercita la professione di medico-chirurgo senza essere inscritto all'albo di uno degli Ordini del Regno, è soggetto alle sanzioni portate dall'articolo 53 della legge sanitaria, e, cioè, alla multa non minore di lire 100. Per ottenere l'inscrizione all'Ordine occorre farne domanda al Presidente, allegando la ricevuta della tassa di inscrizione e copia autentica del diploma di laurea. Si può ottenere il trasferimento della inscrizione da un Ordine all'altro. Non esiste un manuale, che contenga le norme per il libero esercizio professionale.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

SASSOCORVARO (*Pesaro*). — Cercasi medico-chirurgo, prevalentemente chirurgo, interino; L. 20 giornaliere nette, oltre cavalcatura gratuita, e oltre L. 500 annue, nette, a titolo indennità alloggio. Sarà preferito chi non condurrà seco famiglia. Domanda, e titolo anche in carta semplice ad uso amministrativo, al Sindaco.

Medico-chirurgo laureato nel 1914 con ottimi voti un anno di servizio professionale come libero esercente, uno come interino condotto, tre di servizio militare per metà in grandi Ospedali, ottime referenze, cerca interinato, anche nelle terre redente, purchè ben retribuito. Parla lo sloveno, il tedesco e il francese. Scrivere con sollecitudine dottor Antonio De Capua – Longobucco (Cosenza).

Medico-chirurgo, laureato nel 1915 presso l'Università di Roma, ottime referenze, cerca interinato ben retribuito, Alta Italia, preferendo residenza sui laghi o in piano, senza frazioni. Offerte dettagl. al Dott. Tucci, Cropalati (Cosenza).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Alla Facoltà Medica di Parigi sono state fatte le seguenti nomine: P. Duval di clinica chirurgica, Gosset di medicina operatoria, L. Bernard d'igiene, J. F. Faure di clinica ginecologica, Balthazard di medicina legale, Menetrier di storia della medicina.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Prosperi Olivo, da Firenze, tenente medico nel 70° Reggimento Fanteria (ora capitano medico). Addetto ad un battaglione, sotto l'intenso bombardamento nemico, rimase sempre in linea per raccogliere i feriti, porgere ad essi più immediato aiuto ed avviarli al posto di medicazione. Aggirata dall'avversario la posizione, e battuto a tergo il posto di comando da fuoco di fucileria e mitragliatrici, trovandosi nella impossibilità materiale di proseguire nella sua opera di medico, si tolse il bracciale della neutralità, e fattosi combattente, concorse coi pochi superstiti e con tiri precisi a prolungare la difesa. Calmo, sereno e sprezzante del pericolo si dimostrò sempre valoroso,

Cima Campiluzzi, 16 18 maggio 1916.

CROCE DI GUERRA FRANCESE CON STELLA DI BRONZO.

Al dott. Gino Catucci, capitano medico, medico condotto a Cureggio (Novara), è stata conferita la Croce di guerra francese con stella di bronzo, con la seguente motivazione:

« Trovandosi presente agli avvenimenti di luglio in una località bombardata ove funzionavano delle ambulanze francesi, ha spontaneamente offerto il suo concorso e si prodigò con gran cuore alle cura dei feriti francesi ». 28 luglio 1918.

Al dott. Catucci sono state pure concesse due croci italiane al merito di guerra, nel settembre 1918 e nel gennaio 1919.

CROCE DI GUERRA; MEDAGLIA DI BRONZO.

Dott. Perilli Giovanni, da S. Pietro Avellana (Campobasso), capitano medico del 2° reggimento granatieri (ora maggiore medico). Venuto a conoscere che le perdite dell'altro reggimento della Brigata erano ingenti, si recava di sua iniziativa, attraverso a terreno intensamente battuto dal fuoco nemico di fucileria ed artiglieria, presso il reggimento stesso, ed ivi, impiantato un nuovo posto di medicazione in località opportuna, prodigavasi nel soccorrere i feriti.

Qualche ora dopo, essendo stato tale posto preso di mira dalla artiglieria avversaria, disponeva l'ordinato sgombero di esso, dando bello esempio di calma, di fermezza e di coraggio.

CROCE DI GUERRA.

Gaeta Dott. Giovanni, da Castrogiovanni, tenente medico 157 Reggimento fanteria (Brigata Liguria):

« Sotto l'intenso e violento bombardamento nemico, durato per parecchie ore, con singolare calma e sprezzo del pericolo, prestava l'opera sua allo scoperto, amorosamente curando i numerosi feriti che affluivano al suo posto di medicazione. Con alto sentimento del dovere rinfrancava i dipendenti con la sua calda parola e dava a tutti bello esempio di coraggio e di fermezza. — Monte Zomo, 4 dicembre 1917 ».

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi.

Per esigenze tipografiche e redazionali rimandiamo ai prossimi numeri i resoconti dei Congressi di *medicina interna*, di *chirurgia* e dei *medici condotti*.

La III^{a} Conferenza interalleata per gl'invalidi di guerra.

Venne inaugurata il 12 corrente, nel Palazzo Senatorio al Campidoglio, presenti i ministri Mortara, Da Como, Nava, Sechi e Albricci, il sindaco di Roma Apolloni, il generale Diaz, l'ammiraglio Rho ispettore generale di sanità della marina, il generale Della Valle, direttore generale della sanità dell'esercito; erano rappresentati la provincia, il comitato romano per l'assistenza degl'invalidi di guerra e molto largamente le missioni estere. Erano altresì presenti molti generali, ammiragli, professori universitari, alti funzionari dello Stato, ecc.

Il sindaco Apolloni inaugura il convegno con un discorso in cui rileva che la rieducazione dei mutilati e l'assistenza agli invalidi di guerra rappresentano il primo dovere di quest'ora storica. A tale nobilissimo compito debbono dare pertanto il contributo della loro scienza, del loro cuore, della loro volontà, tutte le Nazioni, perchè dagli sforzi comuni si possano trarre i maggiori risultati nel comune fine.

L'on. Da Como, ministro per l'assistenza militare e le pensioni di guerra, lumeggia in rapida sintesi le memorie delle più antiche tradizioni e i mirabili progressi moderni raggiunti nell'opera di rinnovamento e di elevazione dei valori sociali salvati dalle rovine delle battaglie.

Il ministro della guerra generale Albricci reca un caldo, vibrante saluto in nome dell'Esercito e della Marina italiana ai rappresentanti dei nobili eserciti alleati.

Infine ha pronunciato un breve, efficace discorso il colonnello Riccardo Galeazzi, presidente del Comitato esecutivo.

È questo il III Convegno interalleato, che viene dopo quelli di Parigi e di Londra. Come le precedenti Conferenze, si annunzia pieno d'interesse per la grande causa degli invalidi.

L'iniziativa di queste utilissime riunioni dipende dal Comitato permanente interalleato, che ha sede a Parigi ed è costituito dalle Delegazioni ufficiali di tutti i paesi alleati. È suo nobile compito quello di studiare tutti i perfezionamenti e di diffondere rapidamente tutte le proposte capaci di realizzare un progresso in ogni forma d'assistenza agli invalidi: ed il mezzo più pratico e più fecondo di risultati per raggiungere lo scopo è appunto quello delle riunioni annuali, a cui è annessa una Esposizione.

A Roma questa parte dimostrativa del Congresso è organizzatata nei locali del Palazzo delle Esposizioni in via Nazionale, convenientemente allestiti.

La Mostra è stata inaugurata dai ministri Albricci e Da Como accompagnati dal direttore generale di Sanità militare' generale Della Valle, dal presidente del comitato organizzatore ptof. R. Galeazzi, dal comm. Cao, presidente della commissione esecutiva e dal segretario generale prof. Nicoletti. Essa è divisa in tre sezioni: Protesi, Case di rieducazione e Lavoro in azione.

Questa Esposizione, dopo la chiusura del Congresso, rimarrà aperta al pubblico fino al 31 ottobre.

La Conferenza e l'Esposizione sono sotto l' alto Patronato di S. M. la Regina Elena.

Istituto coloniale di Igiene e Biologia.

È sorto a Napoli per iniziativa del prof. Ivo Bandi coadiuvato dal prof. Franceschelli. Può considerarsi come una trasformazione dell'Istituto siero-vaccinoterapico italiano, che innesta felicemente gli scopi dell'alta coltura a quelli della produzione industriale.

È stato annesso al R. Istituto Orientale e corredato di un ricco Museo, allogato negli stessi ambienti dell' Istituto Orientale.

All'inaugurazione tennero elevati discorsi S. E. l'on. Mezinger, commissario per le Colonie, l'on. Sanarelli, il presidente dell'Istituto Orientale, il prof. Bandi, ecc.

Presso il R. Istituto Orientale di Napoli sono istituite 5 borse di studio, una di lire 3000 e 4 di lire 2000, da conferirsi per concorso fra medici che abbiano eseguito i corsi preparatori dei medici coloniali. Il primo di tali corsi fu tenuto lo scorso anno e per accordi presi con i direttori degli Istituti Pasteur di Tunisi e di Algeri, i vincitori di tali corsi saranno accolti negli Istituti medesimi, nei quali potranno attendere allo studio della patologia di quelle regioni.

Per un Istituto di puericoltura a Parigi.

La Croce Rossa Americana e la Lega dei Bambini degli Stati Uniti d'America hanno offerto la somma di un milione e mezzo di franchi perchè sia fondato, presso la Facoltà di Medicina di Parigi, un grande Istituto di Puericoltura, a condizione che si raccolga allo stesso scopo almeno un altro milione in Francia.

Il prof. VITALE TEDESCHI cessava di vivere, dopo lunga e straziante malattia, il 29 maggio u. s.

Nacque a Trieste il 14 maggio 1854; si laureò in medecina a Padova nel 1878 ed a Graz nel 1879; frequentò poi le scuole di Vienna, Berlino, Parigi, prediligendo le cliniche pediatriche.

Nel frattempo dava le prime prove della sua capacità organizzatrice, imprimendo un poderoso impulso all'Ospizio Marino di Trieste, di cui assunse la direzione, fondando nella stessa città una Poliambulanza medica, prestando l'opera sua di pediatria presso l'Associazione italiana di beneficenza. Nel 1888 conseguì a Padova la libera docenza in pediatria. L'anno successivo organizzò una prima adunanza dei pediatri italiani, in occasione del Congresso di medicina interna di Padova.

Continuando ad esplicare la sua attiva operosità, creava intanto nella sua Trieste una Guardia medica gratuita, un sanatorio per tubercolitici (a Valle Otra), un Ospedaletto per bambini gastro-enteropazienti, una Latteria modello, un Istituto vaccinogeno. Questa ammire-

vole attività e la sua vasta coltura gli valsero, nel 1902, l'invito a coprire, in seguito a concorso, la cattedra di Clinica pediatrica di Padova; l'anno successivo era chiamato a Bologna, ma egli declinava l'invito. A Padova fece subito erigere, in quattro anni, la nuova Clinica pediatrica e dette vita alla Società per la Protezione del Bambino, con una colonia a Pian delle Fugazze, fondò anche una Scuola di Pedologia, per il perfezionamento dei medici pratici in pediatria, ed una Mensa Universitaria, ecc.

Compì studi originali pregevoli, tra cui sono meritevoli di menzione quelli sul rachitismo, sull'allattamento e sui disturbi della nutrizione, sui prematuri e i nati deboli, sulla dentizione, sulle tubercoline.

Fu un valente maestro. Dette anche opera alla propaganda dell'igiene infantile e della lotta antitubercolare.

Per incarico del Ministero della P. I., redasse un progetto di legge « per la coordinazione degli studi pediatrici con la tutela nazionale dell'infanzia », in cui valorizza la tutela dell'infanzia quale fattore di restaurazione nazionale.

Patriota fervente, cospirò con Giacomo Venezian e con altri irredenti battaglieri ed aspirò costantemente, alla liberazione della sua regione. Scoppiata la guerra, malgrado il male già lo minasse, volle portare il suo contributo alla grande epopea: egli diresse mirabilmente uno dei principali ospedali militari di Padova.

La sua memoria ci sia di monito e di esempio.

R. J.

Addì 14 settembre 1919 si spegneva in Roma il prof. dott. BRUNO BRUNACCI, docente di Fisiologia e assistente nell'Istituto Fisiologico della R. Università di Roma, nella verde età di anni 39 e alla vigilia di raccogliere i frutti di una vita operosa e tutta dedita agli studi. Nato il 19 dicembre 1879 da nobile famiglia delle Marche, in Potenza Picena; ottenuta la laurea in medicina, nel luglio 1903, nell'ateneo romano; nominato assistente nel novembre successivo del prof. B. Bocci, presso l'Istituto di Fisiologia della R. Università di Siena, ove conseguì la libera docenza in Fisiologia e rimase sino al novembre 1912. In tale epoca fu chiamato dal Luciani a coprire il posto di assistente nell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Roma, ove è rimasto sino alla sua immatura fine, con un intervallo di qualche anno passato in servizio militare.

Insegnò per due anni Fisiologia nell'istituto del Magistero per l'educazione fisica di Roma.

Dotato di eccellenti qualità, di animo nobile, di scrupoloso indagatore, di ottimo insegnante, lascia una larga eco di rimpianto tra i suoi amici e allievi, e una numerosa serie di pubblicazioni scientifiche, in cui riferisce i risultati di importanti ricerche sperimentali originali nei vari campi della Fisiologia (ricorderemo quelle sulla secrezione salivare e sulla secrezione biliare dell'uomo, sul riflesso tonico degli anfibi, sui poteri di adattamento osmotico degli anfibi all'ambiente esterno, ecc.). Tradusse il trattato di Fisiologia Umana di Zuntz e Loewy, arricchendolo di pregevoli aggiunte.

La fine così inattesa e dolorosa di questo giovane fisiologo apre un altro vuoto nella eletta schiera degli scienziati italiani, che va sempre più assottigliandosi con grave danno nella nazionale coltura medica e biologica.

Alla addolorata famiglia, in breve volger di tempo ripetutamente e tragicamente provata dalla sciagura, vadano i vivi sensi di compianto dell'Istituto fisiologico di Roma e del *Policlinico*.

B.

Il 29 giugno è morto, a Roma, nella clinica Fioretti, il dott. BIANCO SPERANZA, da 19 anni medico del Comune.

Era uomo di cuore, di scienza e di fermo carattere.

È morto improvvisamente in Roma l'aspirante medico BERNARDO FALABELLA, argentino di nascita, di padre italiano; volle dare con fede la sua opera all'Italia, ove stava completando i suoi studi.

Di un accidente motociclistico è morto a Caravaggio il dott. PAOLO DE AGOSTINI, valente sanitario addetto al Padiglione Ponti di Milano.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 21 settembre 1919* **Fasc. 38**

(Pubblicato il 20 ottobre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE GRUPPO N. 8 - NERVI
diretto dal maggiore medico prof. G. B. RAMOINO.

Nuovi indirizzi nella terapia di alcune lesioni tubercolari chirurgiche.

NOTA TECNICA

per il prof. LUIGI DURANTE, cap. medico
Doc. di Patol. chirur. nella R. Univ. di Genova.

Le superiori autorità sanitarie del Corpo d'Armata di Genova hanno a me affidato la direzione di un reparto del gruppo nel quale ho raccolto, in due sezioni distinte, le forme pure della tubercolosi chirurgica e le forme associate a lesioni polmonari attive.

Per la esperienza acquisita nello studio e nella cura di tali affezioni, mi permetto significare il trattamento da me usato dell'ascesso ossifluente e della raccolta fredda in genere, in quanto detto trattamento può accelerare la lenta naturale evoluzione cicatriziale della lesione specifica fino a ridurre al decorso di mesi ciò che presumibilmente si sarebbe valutato chiudersi nel ciclo di anni.

In questa prima nota prospetto del problema chirurgico-ortopedico dell'affezione tubercolare la sola parte che riguarda il trattamento dell'ascesso freddo in soldati posti sotto la incidenza delle condizioni ambientali che in oggi si ritengono migliori, cioè della sana ed abbondante nutrizione, della cura iodica generale, dell'elioaeroterapia, della corretta posizione ortopedica, richiesta con modalità varie dalle singole lesioni; e mi riservo in una successiva nota clinica la valutazione critica e la esposizione dell'intero problema quale a me è apparso attraverso l'assistenza e la cura di oltre 400 lesioni cadute sotto il diretto personale controllo nel gruppo ospedaliero n. 8 di Nervi e nel gruppo n. 6 diretto dal cap. med. G. D. Rosciano.

* * *

Alla esatta valutazione della razionalità del trattamento da me usato dell'ascesso freddo credo possa giovare il breve ricordo delle fondamentali proprietà fisico-chimiche e biologiche delle soluzioni saline ipertoniche:

E' noto, per le leggi d'Arrenhius, che due soluzioni saline di concentrazione molecolare diversa, separate da una membrana semipermeabile quale grossolanamente si può immaginare la struttura del tessuto vivente, non si pongono

in equilibrio fintantochè una delle soluzioni non contenga nello stesso volume d'acqua lo stesso numero di molecole dell'altra, vale a dire fintantochè non si raggiunga la isotonia che corrisponde all'identica pressione osmotica.

Gli scambi che per il raggiungimento dell'isotonia avvengono attraverso la membrana semipermeabile fra le due soluzioni anisotoniche sono duplici; e si possono schematicamente riferire dicendo che una parte del materiale salino si diffonde dal punto dove la concentrazione molecolare è maggiore verso quello dove è minore, mentre simultaneamente, ed in senso inverso, si determina un passaggio di acqua dal luogo dove la concentrazione è minore a quello dove è maggiore.

E poichè questi fenomeni della fisica si ripetono nel campo biologico tutte le volte che si inietti una soluzione salina ipertonica in una cavità ascessuale preventivamente svuotata o nelle cavità recessuali di una ferita, così Wright pensò di usufruire di questo mezzo per portare nel punto focale delle infezioni una corrente di siero corpuscolato, derivato per fenomeni osmotici dai territori vascolari finitimi in seguito alla iniezione di una soluzione ipertonica di cloruro di sodio al 3 %.

Questo singolare drenaggio, agente secondo le leggi fisico-cliniche dell'osmosi, opera diversamente in tempi diversi, come ha potuto dimostrare Wright in una serie di mirabili lavori sperimentali; esplica cioè nelle prime due ore un'azione « lynphagogic » ed in seguito una azione « lynphocitagogic », richiamando così sul campo dell'infezione gli elementi indubitatamente più attivi che si conoscano nella lotta antibatterica ed antitossica.

* * *

Lo stesso principio che portò Wright ad usare le soluzioni saline ipertoniche nelle ferite infette, mi è sembrato fosse ancora e più logicamente spiegato nella pratica del trattamento dell'ascesso freddo.

Anche qui, come nelle ferite infette, fallito il tentativo della sterilizzazione a mezzo di agenti chimici, che in linea di massima rallentano i processi reattivi riparatori istoumorali, ai quali è devoluta la difesa antibatterica ed antitossica, non rimaneva, nella ricerca di un indirizzo più razionale di cura, che la scelta di mezzi non già dotati di presunte capacità antibatteriche, ma atti ad attivare le naturali sorgenti della difesa istoumorale dei tessuti.

A questo fine infatti, sebbene in un ordine diverso di idee, vennero praticate, anche nelle lesioni ossee e ghiandolari della tubercolosi, le iniezioni intrafocali di tubercolina, quale elemento attivatore dei processi immunitari specifici e non specifici regionali. Dette reazioni immunitarie consistono, secondo Sahli, in una mobilizzazione di anticorpi litici, antitossici ed infiammatori, nel cui giuoco d'azione, quest'ultime reazioni non specifiche della difesa organica dovute all'azione flogogena della tubercolina, rimangono gli elementi più attivi.

Alle stesse finalità ancora si è ispirata la terapia iodica di Durante, la quale, pur mirando ad aumentare le resistenze organiche regionali coll'attivare il metabolismo cellulare, determina sostanzialmente delle reazioni flogistiche circumfocali, messe in rilievo dalle fini ricerche istologiche di Leotta, Isaia, ed alle quali si deve riferire in massima parte l'azione benefica che l'iodio spiega nei focolai tubercolari, oltre alla sua debole azione specifica antibatterica ed antitossica obbiettivata sperimentalmente dalle ricerche di Livierato.

Come bene si comprende le accennate benefiche reazioni flogistiche determinate dai metodi sopracitati, vengono centuplicate nel metodo linforragico di Wright, il quale agisce con modalità che si possono chiamare fisiologiche.

* * *

Per derivare nella cavità ascessuale la corrente linfatica dalle zone vascolari circumfocali, io uso una soluzione salina ipertonica al 2.5 % così composta:

Cloruro di magnesio gr. 2.5;
Acqua distillata gr. 100;
Formalina del commercio C. C. 0.5 (gocce X);

che preparo sterilizzando a bagnomaria la soluzione di cloruro di magnesio ed aggiungendo poi a freddo, con un contagocce o con una siringa graduata, la formalina.

La ragione dell'addizione della formalina alla soluzione ipertonica è riposta non già nelle spiccate proprietà antibatteriche della formaldeide, ma nella sua grande affinità per le sostanze albuminoidi alle quali si combina trasformandole in una massa dura, elastica, come avviene per l'albume d'uovo che si lasci per una mezz'ora a contatto con una soluzione di formaldeide. Ed è per queste suaccennate proprietà sclerogene della formaldeide che la formalina — soluzione acquosa di formaldeide contenente 35-40 parti di aldeide formica in 100 volumi di soluzione — venne usata per primo da G. B. Murphy e che in oggi è correntemente adoperata in tutti gli Stati Uniti nelle affezioni tubercolari chirurgiche.

Le ragioni della scelta del cloruro di magnesio, quale componente la soluzione ipertonica, sono

riposte nelle proprietà biologiche di detto sale, consistenti nello attivare i processi riparativi e neoformativi dei tessuti; proprietà bene studiata dal lato sperimentale e pratico da Rosemblith e da Delbet e da essi chiamata citofilattica, citogenica, trofica.

Nell'iniziare il trattamento della raccolta ascessuale fredda io sostituisco generalmente al cloruro di magnesio il cloruro di calce commerciale nella stessa proporzione del 2.5 %; poichè essendo detto sale un composto di cloruro di calcio e di ipoclorito di calcio, con un contenuto in cloro attivo del 28-30 %, esplica quell'azione fortemente detersiva sui tessuti mortificati o poco vitali, che secondo Dakin è comune a tutti gli ipocloriti.

In pratica il trattamento dell' ascesso freddo colle soluzioni saline ipertoniche si esegue colle stesse modalità e sotto le stesse indicazioni colle quali si usa procedere coi liquidi iodici.

Lo svuotamento, il lavaggio ed il riempimento della cavità ascessuale colle soluzioni saline ipertoniche si ripete ogni quattro giorni, frequenza di operazione che è richiesta, specialmente nelle fasi iniziali del trattamento, dal fatto che la quantità del liquido richiamato per fenomeni osmotici nella sede dell'iniezione è sempre notevole e provoca una leggera distensione dei tessuti che, sommata alla intensa iperemia attiva circumfocale, determina un senso di tensione dolorosa.

Detti fenomeni sono meno evidenti alla 2ª-3ª iniezione, si attenuano alla 3ª-4ª, scompaiono in seguito.

La quantità del liquido ch'io lascio nella cavità ascessuale varia dai 10 ai 40 cmc., a seconda della sua capacità e delle maggiori o minori reazioni vascolari regionali, per quali ho notato esistere notevoli variazioni individuali.

AUTORI CITATI.

Dakin H. *Studies in antiseptics.* « British Medical Journal », 1916, n. 2874, p. 160-163.

Delbet P. *Action cytophylactique du clorure de magnesium.* « Journal de chirurgie », 1915, n. 6, p. 652-653.

Durante F. In Isaia.

Isaia A. *Lo iodio nella tubercolosi chirurgica e suo meccanismo d'azione.* Annali del R. Istituto di clinica chirurgica di Roma, vol. II, p. 305-401.

Id. *Sul meccanismo di azione dello iodio nella tubercolosi chirurgica.* Annali del R. Istituto di clinica chirurgica di Roma, p. 123-128.

Livierato S. *Sul modo di comportarsi verso l'infezione tubercolare, sperimentale delle sostanze medicamentose comunemente usate.* « Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche », 1907, n. 39, p. 401-409.

Leotta N. *Le alterazioni locali determinate dalle iniezioni parenchimatose di iodio.* Annali del R. Istituto di clinica chirurgica di Roma, volume II, pag. 273-289.

Rosemblith D. *Therapeutic effect of magnesium chloride.* « The Lancet », 1915, n. 4808, pagine 941-943.

Sahli S. *Le traitement de la tubercolose par la tubercoline.* E. d. Künding - Genève, 1912, pagine 1-283 l. c. 225.

Wright A. *Physical and Physiological action of Hypertonic sal solutions.* « The Lancet », 1915, n. 4809, p. 957-1018.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulla malaria latente

per il dott. Vittorio Ghiron,
capitano medico.

(Dalla « Rivista di Medicina Navale »).

Durante la mia permanenza di un anno circa nella Baia di Vallona dove presi parte alla campagna antimalarica dell'estate-autunno 1918, ebbi campo di raccogliere una serie di dati non perfettamente consoni a taluni concetti più accettati di patologia malarica; e credo pertanto non sia privo di un certo interesse di farne una breve relazione.

Meglio che insistere nel raccogliere il sangue dei malati durante gli accessi, che mi avrebbe perpetuato in serie numerosa di preparati la schizogenesi del parassita; ho voluto sottoporre a studio alcuni pazienti dopo la guarigione e l'uscita dall'ospedale. Di tempo in tempo ne controllavo col termometro la temperatura, ripetendo questa prova per lo spazio di vari mesi durante l'autunno e l'inverno allo scopo di escludere con certezza le recidive. Ad ogni volta ne esaminavo il sangue, e, per la grandissima maggioranza, ho trovato presenti forme anulari (ciclo asessuale), contro a ciò che avevo più ragione di aspettarmi. Perchè, secondo l'opinione corrente, le recidive a lunga scadenza ripetono la loro origine dalla persistenza dei gameti nei tessuti e — quando l'esame del sangue vien fatto a molta distanza dall'ultimo accesso — dovrebbe riuscire nel più dei casi negativo, per la mancanza di forme parassitarie circolanti. Debbo aggiungere, che, se il numero degli schizonti fu sempre limitato sì da richiedere spesso vari esami per scoprirli, le forme del ciclo sessuale (gameti) furono estremamente più rare, anzi generalmente assenti.

Inoltre vi fu qualche malato anche nei periodi di apparente benessere che passano tra una recidiva e l'altra, che presentò plasmodi così numerosi come suole riscontrarsi nell'atto di un forte accesso malarico.

Voglio ricordare il caso di un marinaio: P... A... Questi aveva già sofferto di attacchi malarici da circa due mesi ed era stato curato con pastiglie di chinino. Presentatosi alla fine di agosto ad un'infermeria di distaccamento in preda

a forte febbre, ricevette due iniezioni di biclori-drato: a distanza di poche ore seguì un accesso emoglubinurico che si ripetè quando fu inviato a questo ospedale, perchè all'atto dell'entrata gli era stata praticata una nuova iniezione. La urina conservò il colore ematico e la febbre rimase elevata per una settimana malgrado fosse sospeso l'uso del medicinale, poi tornò alla norma, anche le condizioni generali dell'infermo migliorarono ed infine egli riacquistò un apparente benessere. Però il sangue, esaminato anche quando, dimesso dall'ospedale, aveva ripreso il servizio militare, e la temperatura — presa ogni mattina — era normale (36-4; 36-7), conteneva numerosissime forme di schizonti. Non fece più uso di chinino. Rimase per vari mesi senza disturbi apprezzabili, ebbe un fugace attacco nell'ottobre ed un altro nel febbraio successivo, nel quale mese per avere egli ingerito una forte dose di chinino, vi fu un'altra comparsa di emoglobinuria.

Dunque per vari mesi il P... aveva circolanti nel sangue un numero spesso cospicuo di parassiti, contro cui non aveva difesa perchè lo uso del chinino gli era impedito; mentre l'organismo suo, già tarato dalla speciale condizione morbosa che costituisce l'emoglobinuria, non poteva opporre neppure quella resistenza generale alle cause infettive che hanno gl'individui in buona salute. Eppure la temperatura del corpo non era turbata ed egli non aveva a soffrirne disturbi notevoli il che proverebbe che questi plasmodi che vivevano nel suo organismo non gli arrecavono danni di importanza e che alla loro azione l'uomo ha difese da opporre anche quando sia in così sfavorevoli condizioni.

Allargando la cerchia dei soggetti sottoposti ad esami, mi risultavano infetti molti in cui per i precedenti si avrebbe dovuto escludere una malaria pregressa, giacchè non avevano mai avuto febbre nè disturbi da mettersi in rapporto con una forma larvata ed assicuravano di sentirsi benissimo. Il caso che ho seguìto più accuratamente, per ragioni ovvie, è appunto quello dello scrivente. Giunto a Vallona al primo di luglio rimase esposto per qualche notte alla puntura delle zanzare malarigene per l'insufficiente protezione meccanica e per esigenze varie. Verso la fine dello stesso mese dagli strisci poteva già constatare la presenza di rare forme asessuali.

Un'attenta osservazione escludeva sia lievi movimenti febbrili sia equivalenti malarici. Non ricorse per il momento ad alcuna cura energica ed attese per iniziarla lo scoppio dell'infezione che avvenne verso la fine di agosto, periodo di tempo in cui, per l'accresciuto lavoro e per il tenore di vita, si trovava in condizioni di salute meno floride.

Risultato analogo mi diedero le ricerche iniziate su persone di mia conoscenza, per buona parte ufficiali, conviventi in prossimità dell'ospedale e adatti ad una relativa sorveglianza da parte mia. Per i più, furono positivi, con grande sorpresa loro, che mai si erano accorti di essere malati.

Ricordo di un ufficiale superiore che godeva una salute invidiabile, mai alterata durante la sua dimora in Albania, e che all'esame dimostrò essere malarico.

Nella stagione invernale ho potuto condurre una serie di osservazioni sistematiche sulla malaria latente, approfittando del fatto che i marinai inviati in congedo dovevano essere sottoposti ad una visita medica.

Il procedimento secondo cui venivano raccolte queste osservazioni è il seguente. Dopo essermi assicurato, col controllo del termometro, che la temperatura del corpo era normale; l'individuo subiva un esame generale, più attento per gli organi addominali (regione epatica e splenica); ne raccoglievo una breve storia clinica avendo riguardo sopratutto ad una possibile malaria pregressa ed infine allestivo gli strisci di sangue.

Dagli elenchi mensili dei malarici e dai racconti dei marinai stessi risultava meno del 35 % di malarici fra questi, che furono in tutto un centinaio; volendo comprendere nel novero, anche quelli che dicevano di aver sofferto quelle febbri, generalmente trascurate dagl'infermi e talvolta dai medici stessi, attribuite a cause svariate e di cui molte sono dovute effettivamente ai plasmodi, si poteva giungere al 50 %.

Per contro come procedevo nei miei esami ematologici, riscontravo che la quasi totalità era positiva per la presenza di rare ma indiscutibili forme del ciclo asessuale, e alla fine, riunendo tutti i casi, ottenni questo risultato assolutamente contrario ai concetti prevalenti sulla diffusione e l'epidemiologia della malaria: il 95 % di questi congedanti era malarico malgrado che la metà circa di essi non avesse mai avuti attacchi febbrili tali da essere avvertiti. Aggiungo che il marinaio, elemento in generale sveglio, è molto attento sulla propria salute ed è più difficile che in altre classi che gli sfuggano momenti di malessere anche lieve.

In tal modo viene smentito quanto avevano consacrato le statistiche e che appariva supremamente illogico: che fossero usciti immuni di malaria due terzi circa dei marinai abitanti in zone dove le anopheles sono così numerose e

così sicuramente infette per la presenza di tanti malarici febbricitanti.

Bisognerebbe pensare che vi fosse una refrattarietà per la malaria da parte di questi individui, ma — che io mi sappia — non è stata ancora ammessa da nessuno. Non si può ammettere che siano sfuggiti alla puntura delle anopheles perchè in qual modo avrebbe potuto accadere? Non si può credere agli effetti della protezione meccanica in zona di guerra dove la necessità del momento, la scarsità dei mezzi, le abitudini degli uomini incuranti di tutte le norme igieniche che portano una restrizione, rendono praticamente vana questa protezione. Nè d'altronde la profilassi chininica, praticata con dosi minime (20 ctg. al dì), spesso interrotta per la mancanza del medicinale o negligenza dei marinai, ha potuto svolgere alcuna azione preventiva. A chi abbia dei luoghi una cognizione anche superficiale appare inevitabile questo dilagare della malaria e nulla mi vieta di ritenere che, se avessi con maggior costanza ripetuti gli esami, mi sarei vieppiù avvicinato ad una percentuale del 100 %.

Da queste osservazioni emerge un altro fatto, mai notato per l'innanzi a quanto ne so, e che resta immutabile anche se si vuol fare molte eccezioni, che la metà circa degli individui in cui si erano trovati parassiti in circolo non aveva sofferto per la malaria nessun disturbo; dunque la malaria latente rappresenta il 50 % di tutti i casi.

Ho voluto esporre questi risultati della mia modesta esperienza personale perchè mi sembrava portassero a conclusioni di una certa novità, ma non voglio pretendere che siano l'esponente di uno stato di normalità rispetto all'epidemia malarica.

Non vi è dubbio che nelle località dell'Albania, estremamente paludose ed infestate da lungo tempo dai plasmodi e dove dimorarono per tanti mesi e per anni i marinai esaminati, lo stato speciale di guerra, l'insufficienza di profilassi meccanica e chininica e la mancanza di riguardi da parte dei singoli individui crearono delle condizioni eccezionalmente favorevoli alla generale diffusione della malattia, condizioni che per fortuna sono ben lontane dal verificarsi in Italia.

Ma è pur certo che una diffusione così grande di casi di malaria latente si allontana alquanto dai concetti più diffusi; e — per la necessità mentale di cercare la spegazione dei nuovi fatti o almeno integrarli con altri che li chiariscano e diano loro significato — mi sono formato nella mia breve esperienza idee personali a cui voglio accennare.

Io ritengo che la malaria latente non sia altro che la realizzazione delle speciali condizioni in cui i parassiti malarici possono vivere allo stato di saprofitismo nel corpo umano per divenire morbigeni quando altre condizioni si verifichino.

Il concepire così la malaria latente spiegherebbe i numerosi casi di malaria, apparentemente primitiva, scoppiata ad inverno inoltrato od a primavera in persone che per tutto l'estate e lo autunno non avevano accusato malessere di sorta. Ci darebbe ragione del dato sperimentale; per cui un malarico può avere delle recidive per due e anche tre anni dopo contratta l'infezione; del fatto constatato di sovente, per cui gli accessi più gravi scoppiano talvolta non nelle zone infette ma lungi da queste ed a distanza di mesi. Infine ci spiegherebbe perchè vi sia una percentuale così elevata di malaria latente nella cifra totale dei malarici; percentuale a cui contribuiscono non solo i vecchi malarici che hanno trascorso già vari mesi senza recidive, ma anche e in proporzione tanto cospicua quelli che sembravano immuni da malaria per il fatto che non avevano mai lamentato disturbi.

Se è vero che ogni individuo il cui sangue contenga qualche plasmodio, deve essere considerato malarico, non è perciò necessario che egli vada incontro a quel complesso di fenomeni che costituisce l'accesso.

Il malarico può portare in sè i parassiti senza risentirne grandi disturbi, come avviene per altre malattie croniche.

Ma in questo periodo di tempo il malarico si trova in una condizione di equilibrio assai labile, che può essere rotto, sia per l'intervento di circostanze atte a diminuirne la difesa organica — strapazzi fisici e dietetici d'ogni genere, cause perfrigeranti, malattie — sia perchè il numero dei parassiti circolanti supera il limite di resistenza individuale.

Quest'ultima circostanza ripete un fatto che si verifica nelle malattie d'origine batterica: il numero dei microorganismi patogeni iniettato in circolo deve essere superiore ad una cifra data perchè determini lo scoppio del processo morboso.

Quale sia questo limite non è possibile determinarlo, giacchè varia grandemente con le condizioni individuali, ma non v'è dubbio che nei luoghi estremamente infestati da anofeline, a parità di condizioni, deve venire più rapidamente sorpassato e gli attacchi febbrili scoppiano più facilmente che altrove anche in individui che evitino gli strapazzi fisici e le altre cause di indebolimento organico.

L'accesso malarico sarebbe dunque dovuto al fatto che le barriere opposte dall'organismo ca-

dono ed avviene una rapida e tumultuosa moltiplicazione dei plasmodii nel sangue.

Ritengo che questa grande diffusione della malaria latente abbia anche una importanza sociale. Non vi è dubbio che buon numero di questi malarici ignorati col mutare di clima e di abitudini, con l'esporsi a strapazzi, andranno soggetti ad accessi malarici. È materia di esperienza quotidiana dei medici di Albania che, ad individui considerati immuni perchè l'anamnesi fu negativa, l'accesso scoppiò dopo poco tempo il soggiorno in Italia, spesso in forma violenta e persino con esito letale. Per questo il medico dovrebbe considerare sospette le fonti d'infezioni: per un anno almeno tutte le provenienze dalla Albania o da altre località ugualmente infestate dagli anopheles.

LEZIONI CLINICHE.

Le indicazioni operatorie negli itteri cronici da litiasi.

(CHAUFFARD. *Journ. des Pratic.*, 12 luglio 1919).

La questione dell'intervento chirurgico, negli individui con calcolosi biliare, è assai delicata, nè può risolversi alla leggera con una formula aprioristica. In America si hanno in proposito delle idee molto sempliciste e la formola litiasi biliare = operazione è adottata come regola; si è paragonata tale affezione all'appendicite, con la quale avrebbe di comune le complicazioni, che sono in tal caso l'infezione biliare e le occlusioni biliari. Il paragone però è fallace, poichè un'appendicite operata è al sicuro da ogni incidente appendicolare, mentre, malgrado l'intervento, si possono avere nella litiasi degli incidenti biliari. Prima di decidersi all'atto operatorio, occorre dunque valutare esattamente l'importanza dei motivi determinanti.

La prima questione da porsi è quella di *conoscere se l'individuo itterico sia affetto o non da carcinoma*. È un fatto che negli itteri cronici, il carcinoma delle vie biliari o della testa del pancreas è spesso in causa; ora è evidente che in tale evenienza, l'operazione è più spesso inutile, talora anche nociva. Bisogna anzitutto considerare l'età dei malati, in quanto che quelli di età avanzata hanno più probabilità di essere cancerosi, sebbene però non manchino le eccezioni; il carcinoma provoca di solito dimagrimento notevole, ciò che qualche volta può verificarsi anche negli itteri litiasici. Nell'esame del fegato e della cistifellea hanno importanza due fatti, la distensione della cistifellea nel carcinoma del pancreas (segno di Courvoisier-Terrier, che però può aversi eccezionalmente anche nella calcolosi) e le irregolarità del fegato con presenza di nodosità, sintoma che ha un valore differenziale reale, quando si possa escludere la sifilide epatica.

Il colore dell'ittero nel cancro è di solito verdastro ed anche melanodermico, nella calcolosi è di un giallo meno intenso. Le adenopatie sopraclavicolari ed endo-addominali sono segni del cancro, ma affatto incostanti; importanti sono invece, perchè propri del carcinoma, l'edema malleolare e l'ascite, che però hanno l'inconveniente di apparire solo tardivamente.

Fra le cause dell'ittero cronico, occorre annoverare la sifilide, che deforma il fegato, produce delle bozze, dei tumori endoepatici, delle durezze profonde, che si scambiano spesso per carcinoma. L'A. cita a proposito due osservazioni: in un caso con fegato grosso, irregolare e cistefellea percettibile, malgrado la Wassermann negativa, si è fatta la cura antisifilitica, ottenendone come effetto la scomparsa in pochi giorni delle irregolarità e la diminuzione di volume del fegato; in un altro, con stato generale eccellente, si percepiva un doppio tumore alla faccia anteriore del fegato, che si attenuò in seguito al trattamento specifico. Questi fatti debbono consigliare la prova del trattamento specifico, nei casi in cui la diagnosi di carcinoma non sia assolutamente certa.

* * *

La diagnosi di calcolosi può essere evidente, oppure lasciare qualche dubbio; per confermarla occorre ricercare: a) *le crisi dolorose*, che non sono costanti, e talvolta sono fruste od attenuate: ad ogni modo l'ittero da calcolosi è quasi sempre preceduto da crisi dolorose più o meno nette; b) *la cistifellea dolorosa, ma difficile a palparsi*: occorre far respirare profondamente lo ammalato durante la palpazione della regione cistica, per risvegliare un punto doloroso di squisita sensibilità; c) *la variabilità dell'ittero*: l'ittero da carcinoma è di solito continuo e progressivo, quello da calcolosi variabile ed intermittente; vi possono però essere delle rare eccezioni nei due sensi; d) *l'esistenza di febbre*: questa è frequente ed a tipo intermittente nell'ittero di calcolosi, manca invece spesso nel cancro; nella calcolosi la febbre è tanto più frequente quanto più basso sulle vie biliari è situato il calcolo.

Nela diagnosi di cacolosi, fa d'uopo anche tener presente la cisti idatidea del fegato, che può dare una sindrome dolorosa.

Un'altra questione che va esaminata riguarda *la sede della causa dell'ittero*: questo può avere tre origini, o una lesione epatica biliare, o una

lesione vescicolo-cistica, oppure una lesione delle vie principali (epatico e coledoco).

L'ittero di origine epatica si accompagna con fegato grosso duro e milza grossa ed è la risultante di una alterazione cellulare o di un'angiocolite cronica.

Nei casi di lesione vescicolo-cistica o delle vie principali, si utilizzerà l'esistenza di punti dolorosi in favore della prima diagnosi, e dei segni di grande infezione biliare per la seconda.

L'esistenza di un punto doloroso nella zona coledoco-pancreatica non dimostra necessariamente che ivi sia localizzato il calcolo, potendosi avere tale zona dolorosa per ripercussione. In pratica, poi è difficile delimitare esattamente l'una o l'altra lesione, poichè esse sono frequentemente associate; ad ogni modo si cercherà di fissare quale di esse è preponderante, poichè mentre gli interventi vescicolo-cistici offrono pochi rischi operatori, quelli sulle vie principali sono più lunghi e pericolosi.

Esaminate così le cose, si vedrà di giudicare come l'ammalato sopporti la sua lesione. Si procederà a pesate metodicamente regolari, in quanto che la curva del peso è importante almeno quanto la curva termica. Lo stato generale, l'alimentazione hanno altresì notevole significato, in quanto che il dolore costringe spesso l'ammalato a limitare la sua nutrizione al minimo indispensabile. Si faranno le necessarie analisi dell'urina: l'azoto ureico e residuo del sangue daranno delle indicazioni sullo stato dei reni e del fegato. Vi è poi un altro sintomo di importanza apparentemente secondaria, ma che pure può avere un grande peso nel decidere per l'operazione ed è il prurito itterico insistente e spasmodico, che cessa dopo l'operazione. Anche la ripetizione delle crisi dolorose può essere tanto frequente da rendere la vita insopportabile e l'intervento necessario.

Fissate le indicazioni operatorie, resta a vedere se l'ammalato può sopportare l'operazione: l'A. cita il caso di un individuo con calcolosi del coledoco, grandi accessi febbrili e dimagrimento; l'indicazione operatoria era netta Si levano due calcoli del coledoco; per tre giorni, tutto va bene, al quarto la bile si arresta, l'ammalato si aggrava rapidamente, sopravviene una congestione polmonare e la morte. Nella valutazione della resistenza del malato, si deve ricorrere a criteri clinici, tenendo presente da un lato la gravità dell'intervento, dall'altro le condizioni generali; problema difficile ed angoscioso, per cui va consigliata una grande prudenza. Si farà presente alla famiglia l'incertezza di un intervento sulle vie biliari, mentre alla probabilità di riuscita si contrapporranno i pericoli del non intervento.

Una volta poi decisa l'operazione, il medico avrà il diritto di manifestare i suoi *desiderata* circa l'anestesia; si rifiuterà il cloroformio, di cui è dimostrata l'azione nociva negli epatici; l'etere ha dato migliori risultati, ma non è inoffensivo: eccellenti risultati ha dato la rachianestesia con l'allocaina.

hl.

MALATTIE NUOVE.

Le artriti sporotricosiche.

(A. AIMES, *Gaz. d. Hôp.*, 1919, nn. 24 e 25).

Si tratta di nozioni recentemente acquisite e limitate per ora a un numero ristretto di casi. Nel 1909 De Beurmann, Gougerot e Vaucher, studiata la sporotricosi ossea, ammettono la possibilità di manifestazioni articolari, analoghe a quelle da loro prodotte negli animali. Nello stesso anno infatti furono pubblicate le prime tre osservazioni di localizzazione articolare dello *sporothricum*: ad esse l'A. ne ha aggiunte, raccogliendole dalla letteratura, altre otto. Di questi 11 casi egli comincia col riassumere uno ad uno la storia clinica, ma per questa rimandiamo all'articolo originale: riferiamo invece le considerazioni generali che da esse l'A. ha desunto.

Condizioni etiologiche. — L'agente patogeno è lo *Sporothricum Beurmanni* isolato allo stato puro nei diversi casi riferiti.

È più colpito il sesso maschile (una sola osservazione si riferisce a una donna) e l'età adulta.

È assai difficile ritrovare la porta d'ingresso del parassita il quale vive in natura come saprofita, e raggiunge l'uomo il più spesso per mezzo di residui vegetali. Si ammette che la via bucco-faringea e gastro-intestinale e la contaminazione alimentare vi abbiano una parte importante. Eventualmente può servire da porta d'ingresso una lesione preesistente (come, in uno dei casi riferiti, una ulcerazione). Quella via è del resto riconosciuta per la sporotricosi ossea. Quanto alla localizzazione articolare essa può esser determinata da un traumatismo.

Clinica. — La sporotricosi articolare si presenta sotto due forme ben distinte: o come epifenomeno nel corso di una sporotricosi generalizzata, e allora coincide con ulcerazioni, gomme sottocutanee, lesioni ossee, ovvero isolatamente, costituendo un attacco primitivo di una articolazione. È evidente che se nel primo caso non sarà difficile scoprirne la natura, nel secondo

la diagnosi risulterà indaginosa. È vero che non tardano poi a presentarsi delle lesioni parallele e delle altre localizzazioni, così da orientare il giudizio verso la micosi, ma ciò non è costante, o per lo meno la successione delle altre localizzazioni è assai lenta: in un caso riportato la lesione articolare si sviluppò così rapidamente da mentire una forma tubercolare, e da far praticare l'amputazione: solo qualche mese dopo si svilupparono delle gomme sottocutanee, che misero in luce il fatale errore.

Sia essa isolata o concomitante ad altre lesioni, questa artrite ha bisogno di una descrizione. Anzitutto notiamo che la sua sede più frequente è il ginocchio (7 su 11 osservazioni). Essa si stabilisce quasi sempre rapidamente, con dolori e tumefazione. I dolori sono specialmente provocati dalla pressione e dai movimenti passivi, mentre i dolori spontanei, pur esistendo, sono poco vivi, tanto che spesso è riferito che il malato si recò a piedi all'ospedale.

Al periodo di stato, queste artriti presentano l'aspetto clinico dell'osteo-artrite tubercolare coi suoi due sintomi: dolore e tumefazione. Questa ultima è dovuta sia a un versamento articolare, sia a un gonfiore delle parti molli periarticolari (senso di impastamento diffuso, molle elastico). In tre casi si ebbe l'aspetto del tumore bianco fistolizzato.

Nella maggior parte dei casi si ebbe assenza d'adenopatia e questo sarebbe un carattere prezioso: ma essa può esistere.

Nella quasi totalità dei casi è colpito anche lo stato generale, con astenia anche accentuata, febbre, brividi e sudori.

L'esame radiografico sembra dover dare risultati interessanti. Infatti nei casi in cui esso è stato praticato, nelle forme riprodotte sperimentalmente, come anche nelle sporotricosi ossee, si è notata l'esistenza di una zona chiara (per le articolazioni nei capi ossei o in uno di essi) a contorni netti, che non rammenta in nulla ciò che si osserva nella tubercolosi, nella sifilide, nell'osteomielite. È un punto interessante da mettere in valore e che merita di essere studiato sistematicamente.

Anatomia patologica. — Essa non è basata che sulle lesioni sperimentali prodotte da De Beurmann, Gougerot e Vaucher, e sulle osservazioni di Sorrel e Verdun che poterono esaminare dei frammenti osteo-cartilaginei, prelevati durante un intervento. Del resto tutti gli altri casi guarirono o migliorarono con un trattamento conservativo e medico.

Gli AA. trovarono tutti i caratteri delle infiammazioni croniche dei tessuti ossei e cartilaginei con neoformazione di noduli embrionali, la cui formula etiologica mostrò la mescolanza di plasmazellen e di elementi tubercoloidi: ma poichè il soggetto aveva avuto precedentemente una osteomielite è probabile che a questa siano dovute le prime, mentre i secondi sarebbero piuttosto in rapporto con la sporotricosi.

Diagnosi. — Come abbiamo accennato, essa si presenta in due condizioni assai differenti. Quando, unita ad altre lesioni della stessa natura, l'artrite fa parte di una sporotricosi generale, il giudizio si orienta facilmente: così accadde infatti in cinque delle osservazioni riferite. Ma quando essa è isolata, si pensa fatalmente alla tubercolosi e alla sifilide: abbiamo visto che il primo scambio è realmente avvenuto portando all'errore di una amputazione per nulla necessaria; e in un'altra osservazione si pensò alla sifilide e fu dato lo sciroppo di Gibert, il quale, contenendo dello ioduro, provocò un miglioramento, ciò che può contribuire a far errare la diagnosi: nello stesso malato la comparsa di un ascesso freddo fece in seguito pensare a una tubercolosi, e non si pensò alla micosi che quando a livello della coscia si svilupparono numerose gomme sottocutanee.

Per conseguenza, quando si presentano delle artriti a evoluzione anormale (rapidità di evoluzione, indolenza nei movimenti spontanei e nel riposo, assenza di adenopatie, astenia generale) è bene ricorrere a metodi speciali che permettano di precisare la diagnosi. La sifilide sarà eliminata con la reazione di Wassermann; l'esame radiografico ci rivelerà le note sopra accennate; infine, in caso di presunzione, una puntura dell'articolazione ci darà un materiale prezioso da sottoporre alle prove di laboratorio. Le quali sono state così elencate da De Beurmann e Gougerot: 1° Cultura su agar glicosato peptonizzato di Sabouraud. 2° Al 2°-3° giorno esame diretto del tubo di cultura al microscopio. 3° Inoculazione nel peritoneo di topi maschi (vaginalite purulenta il cui pus è ricco di sporotrichi e li coltiva abbondantemente). 4° Inoculazione nella cavia per eliminare la tubercolosi. 5° Sporoagglutinazione di Widal e Abrami. 6° Fissazione del complemento. 7° Una cutireazione per mezzo di una *sporotricosina* ha dato risultati negativi a De Beurmann e a Stein; invece Bruno Bloch con un processo differente avrebbe ottenuto un risultato positivo.

Finalmente si potrà ricorrere con vantaggio al criterio *ex adiuvantibus* mediante la cura iodurata.

Prognosi. — Abbandonate a sè stesse le lesioni non hanno tendenza a guarire spontaneamente. Invece il trattamento iodurato permette di ottenere un miglioramento rapido, poi la guarigione

completa: nelle osservazioni raccolte si è notato un solo insuccesso; in un altro caso, malgrado il trattamento precoce, seguì l'anchilosi del ginocchio.

Trattamento. — Consiste nell'immobilizzazione e nella somministrazione di ioduro di potassio a dosi progressivamente crescenti fino a 7-8 gr. al giorno. Se esistono fistole, si toccano con tintura di iodio e soluzione iodoiodurata. Quest'ultima è stata adoperata anche per iniezioni locali nell'articolazione con notevole miglioramento, non guarigione, e persistenza di sinovite cronica, non progressiva. Il trattamento deve continuare almeno un mese dopo la scomparsa apparente completa delle lesioni (che di solito è rapida); altrimenti si constateranno le recidive, come dimostrano numerose osservazioni. L'intervento chirurgico negli sporotricosici non è consigliabile, in base a ciò che conosciamo finora.

Conclusioni. — Come prevedevano De Beurmann, Gougerot e Vaucher, le osteoartriti sporotricosiche esistono nell'uomo e possediamo oggi undici osservazioni indiscutibili.

L'aspetto clinico di queste artriti è quello della tubercolosi osteoarticolare; sicchè bisogna accuratamente ricercare l'esistenza di altre manifestazioni più tipiche della sporotricosi: gomme, ulcerazioni, ecc., che mancano raramente.

I metodi di laboratorio: culture, inoculazioni al topo maschio e alla cavia, sporoagglutinazione, reazione di fissazione, sierodiagnosi di Wassermann, sono egualmente indispensabili e permettono, precisando la diagnosi, di ottenere una guarigione rapida del malato per mezzo del trattamento iodurato, evitando degli incresciosi errori.

SEB.

CONGRESSI.

XXV Congresso di Medicina interna.

(Trieste, 6-9 ottobre).

Discorso d'inaugurazione pronunziato dal prof. MARAGLIANO.

Con mente presaga, or sono 5 anni, i medici italiani raccolti attorno la Società di Medicina Interna nella mia Genova acclamarono Trieste sede del successivo loro convegno.

L'Austria, nella pienezza della sua possanza, in allora la teneva più che mai baldanzosa, il sire di Lamagna aveva ripetutamente lanciato un risoluto *giammai*, eppure sentivamo che qui saremmo finalmente venuti. E qui oggi siamo orgogliosi e commossi.

Orgogliosi perchè qui ci condusse solo ed esclusivamente genio e valore dei nostri soldati, orgogliosi perchè qui siamo dopo avere distrutto colle sole nostre forze per sempre la compagine statale nemica che non si ricomporrà più mai: commossi perchè in quest'ora solenne noi qui in Trieste libera ed italiana ci congiungiamo in una stretta fraterna con voi colleghi delle terre lungamente sospirate.

Grazie delle vostre affettuose parole: lo sappiamo. Voi pure ci attendevate, voi pure affrettavate col desiderio il giorno nel quale ci saremmo congiunti per non dividerci più mai. E sappiamo pure che come avvenne nei tempi più momentosi del nostro riscatto in ogni parte d'Italia, così anche qui i medici mantennero sempre accesa la fiamma della fede nella risurrezione della Patria immortale, sfidando persecuzioni e capestri, pagando colla vita la rivolta alle imposizioni dello straniero oppressore come fece il vostro e pur mio Giulio Ascoli.

E sappiamo altresì quale prezioso acquisto faccia la famiglia Medica Italiana in Voi di cui conosciamo l'alto valore, in Voi che portate in mezzo a noi un largo contributo di forze e di operosità.

Salute a Voi della Venezia Giulia, salute a Voi della Venezia Tridentina, salute a Voi tutti convenuti da ogni dove il sole della civiltà segna i confini d'Italia. E salute a Voi pure colleghi che qui veniste dall'estremo confine Alpino, entrati a far parte quindi innanzi dalla grande famiglia medica italiana che fraternamente vi accoglie, come voi, ora e sempre cittadini italiani, con lealtà fraterna sicuramente vi entrate. La scienza rinsalderà i nostri vincoli: nè la scienza sola, ma l'eco lontana della nostra antica civiltà che già irradiò sulle terre in cui siete nati, e che all'armonia del nostro classico idioma poco a poco vibrerà fatalmente nell'intimo Vostro e lo conquisterà alla grande Patria in cui Dio aveva incluso le vostre terre e di cui vicende storiche e politiche avevano

oscurato e cancellato presso di Voi il ricordo.

Ed interprete sicuro dell'animo di quanti qui siamo, invio a nome di tutti un saluto caldo di ammirazione e di affetto ai colleghi che qui avrebbero voluto essere e qui non poterono essere, ai colleghi di Fiume, la leonessa del Quarnero che con fede e costanza afferma e difende fieramente i propri diritti e la propria italianità, scrivendo nella storia una pagina immortale che ne perpetuerà nei secoli la gloriosa memoria.

Fra tanta commozione un mesto ricordo ci turba: il ricordo dei Colleghi Illustri che il fato ci tolse e cui fu negata la gioia suprema della odierna esultanza. Ed il pensiero nostro si volge prima a Guido Baccelli il maestro dei maestri nel cui nobile animo dominarono sempre due grandi affetti: per la scienza che illustrò, per la Patria cui diede tanta parte del suo alto intelletto e delle sue illuminate energie Egli seguiva con ansia le fasi della lotta immane e pochi giorni innanzi a quello che fu l'ultimo suo mi disse: Oh! perchè non ci affrettiamo, voglio essere a Trieste per la nostra riunione ed il tempo fugge... Il tempo purtroppo fuggì ed oggi non ci resta che ad evocare la grande figura di Lui, che fu la nostra gloria più pura, la nostra guida, il simbolo della concordia che unì in un solo fascio, Lui auspice, le scuole mediche della penisola.

La nostra Società pagò già un primo doveroso omaggio a Lui promuovendone l'apoteosi solenne in Campidoglio, oggi si inchina reverente alla sua memoria in questo giorno da Lui auspicato, in questa terra che fu sospiro Suo, in mezzo a Voi che lo amavate, che onoravate in Lui uno fra i clinici più grandi che nel corso dei secoli abbiano illustrato la scienza medica italiana.

Ed un'altra grande figura di clinico, patriota, manca fra noi: quella di Achille De Giovanni. Tutta la sua attività, tutto il suo intelletto, Egli pure aveva consacrati alla scuola ed alla Patria: in Lui i medici italiani ammiravano il saldo propugnatore delle nostre glorie scientifiche, il tenace assertore dei nostri diritti nazionali.

Un grande amore riscaldò perennemente il cuo Suo: l'amore per voi, per le vostre terre, o fratelli a noi ora e per sempre congiunti; un grande odio infiammò senza posa e senza requie l'animo Suo, del resto così buono e gentile, l'odio pei Vostri oppressori. Onore e riconoscenza alla memoria Sua.

Ed altri insigni maestri della Clinica purtroppo non rispondono oggi all'appello: Alberto Riva, Pietro Grocco, Gaetano Rummo, Carlo Forlanini: quattro poderosi che con lena affaticata percorsero la loro via giungendo di grado in grado a quello supremo di clinico che tennero con alta competenza. Non dico partitamente quale sia stata l'opera loro: Voi tutti sapete quanto la scienza e la scuola debbano ad essi, lo dicono e lo ripetono le loro pubblicazioni universalmente note, lo sanno coloro, e molti qui sono, che debbono gloriarsi di esserne stati discepoli.

Tante e così cospicue perdite, miei Signori, debbono impressionare quanti hanno a cuore le sorti della medicina italiana. I trapassati erano maestri della Clinica nel più alto senso della parola, sentivano vivo il dovere, che ai clinici incombe, di dare al paese medici ben preparati alle prove del pratico esercizio, avevano contribuito a conquistare alle scuole cliniche italiane un posto eminente innanzi a alle scuole straniere. E, da eminente, la posizione delle nostre scuole di medicina pratica era sulla via di addivenire preponderante, perchè mentre altrove e specie nel centro e nel settentrione di Europa la clinica perdeva poco a poco la propria personalità e diveniva ancella delle discipline sussidiarie, in Italia, pur contribuendo efficacemente al progresso scientifico, pur utilizzando tutte le conquiste dello scibile a lumeggiare i processi e le situazioni morbose, la clinica, manteneva alta la propria personalità perchè sempre dall'ammalato prendeva le mosse, perchè lo studio, la conoscenza e la cura dell'ammalato ne era il contenuto e la finalità.

La schiera dei giovani che aspirano a colmare i vuoti fattisi nell'insegnamento saprà mantenere alla clinica italiana questo indirizzo e questa posizione vantaggiosa? Io ho tutta la fede in essi perchè li sò valorosi ed operosi, ma debbo oggi in questa solenne occasione dare ad essi un consiglio che il mio lungo tirocinio e la mia non breve esperienza mi conferiscono il diritto di dare. L'eccessivo feticismo per tutto ciò che si faceva in Germania ha da più anni creata in una parte di giovani, del resto valentissimi, la tendenza di seguirne senza riserve e senza misura l'esempio, e, certo, oggi non sono pochi coloro che credono di avere fatta sufficientemente la loro preparazione all'insegnamento della Clinica addestrandosi nelle ricerche di laboratorio, senza curare di addestrarsi in pari misura nella pratica e nel tecnicismo clinico.

Questo io dico per l'avvenire della clinica italiana che, poco a poco, si potrebbe trovare nella posizione in cui nell'ultimo decennio è precipitata in Germania, dove si è trovata innanzi al dilemma o affidare l'insegnamento clinico a chi non fu mai clinico o cercare i veri clinici fuori del paese.

È necessario poi che nuovi ordinamenti diano alle cliniche generali modo di raggiungere le finalità cui devono rispondere. La guerra ha dimostrato che l'organamento degli studi nelle facoltà mediche è insufficiente pel modo, pei mezzi, pel tempo a mettere i laureati nelle condizioni di rispondere alle esigenze del loro ufficio nella Società. Un'azione concorde dei clinici deve essere rivolta

ad ottenere dai pubblici poteri urgentemente le riforme all'uopo necessarie.

Ed ora, Signori miei, dopo avere rivolto un pensiero memore ai maestri mancati vi invito a rivolgerne uno riconoscente a tutti i Colleghi che vestendo la nobile assisa del soldato italiano largirono vita, membra, sangue, energie per la nostra santa guerra, per la nostra decisiva vittoria. Innanzi alla prova grandiosa e purtroppo finora misconosciuta, di devozione, di pietà, di coraggio da essi dato là ove si combatteva, si soffriva, si moriva, col santo nome d'Italia sul labbro, erompe dall'animo nostro un plauso ad essi che divisero cogli altri combattenti i disagi, i pericoli, le ansie, gli sconforti delle ore grigie, la esultanza della vittoria.

Signori,

Come ogni altro ramo dell'attività umana la medicina deve essa pure risentire oggi i riflessi della guerra e della vittoria e nuovi compiti e nuovi doveri oggi si impongono a chi la coltiva scientificamente, a chi la insegna, ed a chi la esercita.

Chi la coltiva scientificamente deve sentire l'orgoglio di cittadino di una grande nazione che dopo avere col sangue dei suoi soldati conquistata la propria indipendenza politica, ha il diritto di conquistare con l'opera dei suoi studiosi la propria indipendenza scientifica.

Chi la insegna deve insegnarla con sentimento nazionale e valorare le conquiste degli intelletti italiani, a vece di esaltare le straniere spesso uscite da conquiste nostre, ignorate qui, ed oltr'Alpe utilizzate e fecondate; deve creare nelle giovani generazioni una coscienza scientifica nazionale e deve anzi tutto esso stesso acquistarla, se non la possedesse ancora. E chi la esercita deve sentire la grande influenza che può avere la medicina sulla economia nazionale. Per cecità dei suoi medici oggi l'Italia paga tesori agli stranieri: i farmaci, i prodotti alimentari, i presidi terapeutici preferiti provengono dalla industria forastiera che, *mirabile dictu*, è riuscita perfino a venderci l'acqua l'aria ed il sole...

Così fu, così è ancora; così non deve più essere. L'industria nazionale ci da eccellenti prodotti e ce li darà di più ancora quanto più sarà incoraggiata, acque minerali di qualsiasi natura sgorgano dal nostro suolo tutto quanto la climatologia chiede tutto si trova entro i nostri confini ed oggi, dopo che le grandi stazioni climatiche e curative dell'Alto Adige, della Venezia Tridentina, della Venezia Giulia appartengono alla patria italiana, commetterebbe un delitto quel medico che permettesse ai suoi infermi di recarsi a cercare salute, aria e sole in stazioni straniere.

Egregi Colleghi,

Quelli fra Voi che seguirono le tradizioni della nostra Società di Medicina Interna, troveranno che questa nostra XXV riunione assume una fisionomia insolita e speciale

È vero che la nostra è una istituzione che ha obbietti esclusivamente e strettamente scientifici, nè da essi ha mai sconfinato, ma è altresì vero che nessuna delle nostre precedenti riunioni ebbe luogo mai in un ambiente quale è l'odierno, nè in un momento storico quale è questo durante il quale, pur mantenendoci serenamente al di sopra di ogni discussione di partito che nessuno di noi permetterebbe, tutti sentiamo qualche cosa di nuovo agitarsi negli animi nostri, mentre la severità della scienza non sa restare sorda alla commozione dell'ora ed il sentimento tratto tratto signoreggia l'intelletto.

E lo signoreggia del tutto in questo istante dinnanzi a questo solenne spettacolo di italianità. Il saluto di magistrature italiane civili e militari in Trieste Italiana, che signorilmente ci ospita, la voce fraterna dei colleghi Triestini, di cui l'operoso comitato ordinatore è simbolo eloquente, l'accolta di tanti colleghi cittadini nuovi della Patria ricomposta nei suoi naturali confini, destano in noi un tumulto di affetto, di memorie e di speranze la cui eco vibrerà perennemente nell'intimo nostro.

E perenne nell'animo di noi stessi vibrerà la riconoscenza per coloro che ci procurarono le gioie ineffabili di quest'ora, pei nostri combattenti. È per essi che ci sentiamo liberi, è per essi che ci sentiamo forti è per essi che ci sentiamo sicuri oggi e poi.

Ora e sempre, negli evi più lontani, in ogni festa, in ogni riunione, in ogni cerimonia dovrà sempre rivolgersi un pensiero all'esercito nazionale che ci diede una patria più grande, che saprà completarla e mantenerla unita, rispettata e temuta. Ed io nell'iniziare i nostri lavori scientifici innalzo per voi un evviva caloroso a questo esercito che riassume in sè tutte le aspirazioni, tutte le energie, tutti gli interessi, tutte le idealità della nazione.

Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo delle malattie organiche del sistema nervoso centrale.

Relazione del prof. F. SCHUPFER.

L'O. premette come possa a prima vista sembrare che una lesione cranica da proiettile debba realizzare in modo mirabile uno dei tanti esperimenti che furono fatti sugli animali per studiare il problema delle localizzazioni cerebrali; invece scorrendo le monografie pubblicate su tale soggetto

si trovi che il cammino fatto è inferiore alle aspettative.

Ed ecco le ragioni: Il proiettile nell'entrare nello spazio rigido e chiuso del cranio provoca uno shock, per cui alla lesione che produce se ne aggiungono altre più diffuse le quali modificano e turbano la sintomatologia della lesione a focolaio che dovrebbe determinare il proiettile. Le lesioni indirette che si osservano anche se la ferita non è penetrante possono consistere in: cefalee, sbarbagliamenti, cambiamenti di umore, stati angosciosi, incapacità al lavoro, disturbi vasomotori accompagnati da ipertensioni del liquido, iperalbuminosi e talora da presenza di sangue.

Possono pure accompagnare i fenomeni dovuti alla ferita diretta, fenomeni a distanza dovute a lesioni organiche da contusione, spiegate dal Duret dal cono di depressione del liquor nella regione colpita e uno di sollevamento nella regione opposta.

Inoltre si devono considerare i fenomeni da commozioni per scoppio — che possono produrre anche lesioni certamente organiche — così furono osservati quadri analoghi a sclerosi a placche — m. di Parkinson — a meningiti, l'estensione della frattura può essere maggiore che non appaia ed errare attribuendo a lesione del cervello fenomeni che stanno in relazione con fatti ossei non evidenti.

La penetrazione di parti ossee e di indumenti che producono un infezione le cui conseguenze alterino la fenomenologia della ferita.

Per queste ragioni la neuropatologia di guerra non può essere paragonata a quella sperimentale. Ciò premesso l'O. passa in rivista le ferite delle varie regioni.

Lobi frontali. — In queste ferite fu notato una specie di torpore psichico, lentezza nella ideasione ed elocuzione; però esiste sempre il dubbio che tali alterazioni sieno dovute a lesioni concomitanti la ferita.

Regione Rolandica e parieto temporali. — Furono osservate: monoplegie flaccide con assenza di riflessi senza disturbi sensitivi — paresi segmentarie.

Nelle ferite retrorolandiche i fenomeni paretici di moto sono meno marcati, e si osservano persistenti disturbi sensitivi, senza però potere assegnare a questi, limiti ben netti. Come si sa, complesse sono le questioni riguardanti i rapporti della sensibilità colla corticalità cerebrale e lo studio dei feriti di guerra non vi ha portato un grande contributo. Se le lesioni risiedono nella regione parietale i disturbi della sensibilità predominano; se è lesa la regione Rolandica si presentano associati a fatti paretici. I disturbi della sensibilità per lesione Rolandica hanno raramente topografia segmentaria, più sovente radicale. Fu osservato come solo sintomo di una lesione parietale: l'arterognosia; e per lesioni del *lobo parietale* sinistro: disturbi aprassici o alterazioni del senso di direzione dei movimenti, la lesione della sua parte anteriore del senso di posizione degli arti e secondo il Besta mono ed emiparesi con possibilità ad eseguire movimenti fissi purchè vi sia il controllo della vista. Tali osservazioni però mancano del controllo anatomo patologico. Come pure per mancanza di questo controllo rimase insoluta la questione dell'afasia e dell'aprassia.

Per lesione dei lobi temporali si avrebbe sordità volgare non mai corticale.

Lobi occipitali. — Lo Chatelin osservò cecità corticali, emianopsie inferiori, scotomi emi anopsici lesioni però simmetriche nei due campi visivi. Se la lesione è a sinistra e profonda si può avere alessia.

La cecità corticale è transitoria.

L'emianopsia inferiore da lesione del chiasma fu osservata con certa frequenza, l'emianopsia superiore è rara perchè le lesioni che la provocano danno la morte.

Piccole lesioni dell'estrema punta del lobo possono dare scotomi puramente maculari. Scotomi periferici sono dovuti a lesioni più anteriori. Furono osservati anche restringimenti concentrici del campo visivo.

Cervelletto. — La diminuzione o l'irregolarità della resistenza attiva e passiva dei movimenti sarebbe uno dei sintomi fondamentali. Nelle lesioni del verme si è osservato l'andatura cerebellare. Nelle lesioni di un emisfero unilateralità e l omolateralità dei sintomi.

Nelle lesioni dei nuclei grigi centrali si avrebbe: vertigini, lateropulsione, catalessi, posizione anormali del corpo, degli arti.

Midollo spinale. — Fu rischiarata la fenomenologia delle lesioni totali trasverse del midollo distinguendone la sintomatologia immediata da quella tardiva. Subito si ha paralisi flaccida di moto a tipo paraplegico o tetraplegico con corrispondenti disturbi della sensibilità, abolizione dei riflessi tendinei ed ossei, i cutanei incompletamente aboliti, gli addominali sono conservati se la lesione è del midollo cervicale o dorsale superiore.

In una fase tardiva i riflessi tendinei scompaiono, un loro ritorno precoce depone per una lesione incompleta, e ricompaiono pure i riflessi di automatismo midollare e di difesa per cui si può dire che questi hanno il loro centro nel midollo. Lesioni anche gravi del midollo, se si riesce ad evitare escare, infezioni vescicali complicanze pleuro polmonari possono consentire una lunga sopravvivenza e talora notevoli miglioramenti.

Infine si è visto che la prognosi delle ferite del midollo cervicale è meno grave di quella del midollo dorsale o lombare.

Nelle ferite della cauda equina fu posta in luce la loro relativa benignità che contrasta col grave quadro motorio e sensitivo che generalmente si ha in primo tempo.

Discussione.

Prof. BORGHERINI. — Rileva la tolleranza grandissima del cervello di fronte alle ferite di guerra che illustra con due casi clinici.

Prof. ROCCAVILLA. Le osservazioni fatte, dall'O. su alcuni individui da lungo tempo feriti e presentanti sindromi degli ultimi nervi cranici gli permettono di concludere che le opinioni restrittive di recente emesse sulla funzione di questi tronchi specie per ciò che riguarda l'innervazione sensitivo motrice del volo pendolo e sensitiva del faringe non vanno esenti da critica potendo il palato mobile animarsi a spese di altre fibre di provenienza spinale.

Prof. PARI. — Sulla localizzazione delle ferite del lobo occipitale e sulla loro diagnosi in base agli scotomi che ne risultano asserisce che bisogna ammettere che la proiezione del campo visivo avvenga nel modo seguente. Fibre verticali della corteccia del lobo occipitale rappresenterebbero segmenti anulari del campo visivo. Così si spiega il carattere degli scotomi da lesioni dei lobi occipitali di avere la forma di un segmento di anello più regolare, così si spiegano gli scotomi anulari unici o multipli concentrici al restringimento del campo visivo.

Risposta del prof. SCHUPFER al prof. PARI. Osserva che gli scotomi hanno forme strane non sempre anulari e che se le proiezioni fossero verticali, restringimenti concentrici del campo visivo dovrebbero essere frequenti mentre il loro numero è limitatissimo con che è da chiedersi se non si tratt di fenomeni isterici.

Dott. GHIRON.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Arteriosclerosi giovanile.

L'osservazione di un giovane ventenne, morto improvvisamente, in cui all'autopsia si riscontrò emorragia cerebrale apoplettiforme conseguenza di arteriosclerosi avanzata, ed inoltre sclerosi renale, offre ad O. Meger (*Berl. Klin. Wochens*, 1918, n. 50) l'occasione di esaminare ampiamente la genesi dell'arteriosclerosi nel caso in esame. Questa forma morbosa è stata riscontrata altre volte in giovani dai 22 ai 28 anni, generalmente accompagnata da sclerosi renale bilaterale avanzata, con spiccata alterazione dei glomeruli. Nel caso in esame, invece, la lesione renale era unilaterale, con integrità di gran parte dei glomeruli, anche nel rene fortemente retratto. Tenuto conto che rimaneva abbondante parenchima renale capace di funzionare, non si può invocare la sola sclerosi renale, come causa della ipertensione e dell'arteriosclerosi.

Poichè mancavano altre cause evidenti di arteriosclerosi, l'A. ammette che l'unione di vari fattori, quali ipertensione, sforzi corporei notevoli, infezione malarica, influenze climatiche, psichiche e costituzionali, abbia agito sopra un sistema renale di capacità ridotta per una pielonefrite o nefrite interstiziale della prima infanzia ed abbia così potuto esercitare l'azione dannosa sul sistema vascolare. Questa ipotesi si accorda col fatto della costanza di lesioni renali nell'arteriosclerosi avanzata dei giovani. Il caso poco comune mer ta ad ogni modo di essere rilevato, appunto per meglio conoscere quanto siano frequenti e come abbiano origine le alterazioni sclerotiche nei giovani.

r. s.

A proposito di alcuni casi di aortite.

O. Cantelli (*La Riforma Medica*, 1919, n. 22), richiama innanzi tutto l'attenzione sulla aorta ascendente e sull'arco aortico, sostenendone la necessità di un esame metodico ed accurato, giacchè, come egli afferma, si può, alcune volte, ritrovare in una lesione aortica la spiegazione di una sintomatologia oscura che appare connessa con altre forme morbose come ad es.: con un substrato nevrosico preesistente nell'infermo. Ricorda poi alcune modalità semeiotiche necessarie per mettere in evidenza, in certi casi, gli speciali segni di lesione dell'aorta, come ad es.: il carattere fonetico speciale del secondo tono, i rumori sistolici e diastolici. Accenna quindi al metodo già consigliato dall'Huchard e recentemente richiamato in onore dal Gabarrini, in riguardo all'ascoltazione del paziente nella posizione eretta ed a braccia alzate. L'A. poi dal canto suo espone come egli abbia potuto giovarsi alcuna volta della posizione orizzontale per mettere in evidenza il carattere timpanico o pergamenaceo del secondo tono aortico, e quella seduta col tronco leggermente piegato in avanti e le braccia alzate per mettere in evidenza il rumore sistolico e diastolico.

L'A. seguitando nel suo dire e descrivendo a volta a volta alcuni casi di aortite si occupa delle lesioni sifilidiche, fermandosi specialmente sull'esito in insufficienza delle sigmoidi. Tratta del tempo della sua comparsa, concludendo che essa non deve essere messa in rapporto coll'età del

paziente; ma piuttosto coll'epoca dell'infezione, colla speciale virulenza del triponema pallido e con speciali concause che ne possono determinare la localizzazione nell'aorta. Afferma inoltre, che, contrariamente a quello che oggi si tende ad ammettere, non ogni insufficienza aortica (a parte la forma reumatica, le forme endocarditiche maligne a localizzazione valvolare e le traumatiche) si deve ritenere d'origine aortitica sifilitica, potendo essere in rapporto all' infuori dell'arteriosclerosi, con altre cause capaci di offendere primitivamente l'aorta.

Riferisce infine un caso di aortite con sintomatologia gastrica a substrato ipercloridrico guarito colla cura jodica ed in cui il rumore sistolico si poneva in evidenza nella posizione semi-seduta ed un altro a forma febbrile piuttosto prolungata con etiologia oscura.

O. Cantelli.

Anomalie della curva termica nell'instabilità cardiaca.

C. Laubry e Ch. Esmein (*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 2 maggio 1919) hanno osservato in parecchi individui, considerati e tenuti in osservazione come instabili cardiaci, delle anomalie della curva termica, che si raggruppavano in due tipi, iper- ed ipotermico. Nel primo la temperatura mattutina variava da 36°.8 a 37°.2, mentre quella della sera presentava un aumento di 0°.5-1°.2, in modo continuo, oppure intermittente. Esclusa senz'altro la simulazione, non era nemmeno da attribuire tale aumento alla fatica, poichè la maggior parte stava in letto. In altri era evidente la reazione termica alla fatica (marcia, corsa), reazione esagerata, ma assai breve, come in tali soggetti, si presenta la tachicardia, che si esagera dopo una corsa e ritorna in breve al ritmo abituale. Nel tipo ipotermico, la temperatura mattutina è verso i 36°, quella vespertina sale a 37°, arrivando in certi giorni anche a 38°.

Questo stato di cose fa pensare alla possibilità di qualche infezione: gli AA. hanno pensato alla possibilità di endocarditi subacute prolungate, ma il reperto stetoscopico negativo, lo stato generale soddisfacente, l'evoluzione interminabile hanno fatto eliminare tale ipotesi. Contro la tubercolosi stava l'assenza di ogni fenomeno obbiettivo, lo stato generale buono, nonostante la lunga permanenza della ipertermia, che in qualche soggetto, è stata seguita più di un anno.

Le malattie infettive intercorrenti turbavano tale irregolarità termica; durante la malattia, la temperatura non aveva nulla di particolare; nella convalescenza, oscillava fra 36°.8 e 37°.2 per riprendere poi il suo ritmo più ampio man mano che lo stato generale si rinvigoriva.

Non si può escludere che questi individui fossero tutti esenti da infezioni; ad ogni modo però queste osservazioni possono in certo modo autorizzare a ritenere che in certi individui del tipo degli instabili circolatori, vi sono talvolta di questi sbalzi termici, estranei ad infezioni tubercolari, ad endocarditi lente, ecc. Questi sbalzi però non verranno giudicati idiopatici, che con riserva, dopo un'esame coscienzioso ed una osservazione prolungata.

fil.

Sui disturbi funzionali del cuore.

A. Clerc e P. Amié (*Bulletin de la Soc. Méd. d. Hôp.*, 15 marzo 1918) sostengono che un forte ostacolo alla guarigione dei cardiopazienti funzionali è data dal convincimento, che per lo più essi hanno, di essere colpiti da un'affezione organica, in seguito a diagnosi inesatta.

In 88 cardiopatie puramente funzionali erano state poste le diagnosi seguenti: 13 volte d'insufficienza mitrale, 8 di endocardite, 4 di miocardite, 2 di lesione aortica; molti altri casi erano classificati genericamente come « affezione cardiaca » o « malattia cardiaca », ma gli A. A. non riuscirono a svelare in essi alcuna lesione.

Queste sviste sono dovute probabilmente all'esagerata importanza attribuita alle extrasistoli od all'aritmia respiratoiria o ad erronee interpretazioni di rumori inorganici, che possono avvertirsi nel 58 % di tutti i soggetti.

Gli AA. attribuiscono molto peso allo stato generale, cui per lo più corrisponde quello del cuore, ed alle modificazioni indotte in quest'organo dal riposo.

R. B.

La cura del polso lento permanente.

Il polso lento permanente può essere di origine funzionale ed organica.

Quello di origine *funzionale* può assumere due tipi a seconda che la bradicardia è costantemente persistente o che la accelerazione normale ricompare periodicamente.

Nella forma costantemente persistente la lentezza del polso è sempre uguale (20-30 battiti al minuto). Si possono avere crisi sincopali ed epilettiformi come nel polso lento di origine organica. Il trattamento si inizierà praticando un salasso non abbondante o un sanguisugio dietro le orecchie: riposo assoluto, vescica di ghiaccio sulla testa, dieta lattea. La teobromina e la digitale rimangono inefficaci. Qualora le crisi epilettiformi si ripetessero gioveranno iniezioni di

morfina (2-3 mmgr.) e solfato di atropina (1/10 di mmgr.). Sarà utile anche l'olio canforato, mentre il bromuro ed il chinino non giovano affatto.

L'intermittenza del rallentamento del polso è il caso più frequente. Di solito è uno sforzo, una cattiva digestione, un'emozione che determina il rallentamento, durante il quale possono verificarsi le sincopi. Giovano il trattamento antidispeptico, il riposo e la teobromina unita a piccole dosi di caffeina. La intermittenza del rallentamento del polso non è un fatto esclusivamente di natura funzionale, perchè essa può aversi anche nel posto lento permanente di origine organica. In questo caso si ha una vera claudicazione intermittente del cuore. Di solito questa forma è di natura sifilitica e quindi risentirà gli effetti benefici di una cura mercuriale.

Il polso permanente di origine *organica* è in genere dovuto ad una lesione sifilitica. All'infuori del trattamento specifico generale, giovano molto la teobromina e la trinitrina. Questi malati hanno sovente la pressione vasale elevata ed i reni compromessi. La teobromina favorisce la diuresi e la trinitrina diminuisce la tensione penosa dei battiti alla testa e la sensazione angosciosa al petto. I due medicamenti potranno alternarsi: per cinque giorni si daranno due cartine di gr. 0.50 di teobromina e nei cinque giorni successivi si darà un cucchiaio di soluzione di trinitrina (soluzione alc. di trinitrina 1/100, gocce 40, acqua distillata gr. 200) 2-4 volte al giorno. È necessario il riposo assoluto, la dieta lattea dapprima e poi latteo-vegetariana ipoclorurata. In caso di debolezza si praticheranno iniezioni di olio canforato, mentre contro l'insonnia si somministrerà la valeriana.

Nel polso lento permanente con *extrasistoli* giovano i preparati di digitale, che sono controindicati nelle altre forme, ma a condizione che siano somministrati a dosi molto attenuate: basteranno 4 gocce al giorno di soluzione di digitalina al millesimo sospendendo ogni quattro giorni. Così le contrazioni incomplete si espandono e si trasformano in contrazioni complete. A seconda dei casi si può anche tentare l'uso della teobromina, della trinitrina e della caffeina. Gli altri cardiotonici (sparteina, strofanto) non giovano affatto. *dr.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Teorie della secrezione lattea.

I progressi della chimica fisiologica negli ultimi anni, hanno contribuito molto a modificare le conoscenze, riguardo alla secrezione lattea.

Dapprima si credeva, che la funzione della glandula mammaria, come del resto di molti altri tessuti secretori, altro non fosse che quella di filtro.

Questo implicava il fatto, che i componenti del latte si trovino, come tali, nel sangue circolante nella glandola mammaria.

Nulla di specifico quindi nel lavoro di essa glandola; essa trovava tutto pronto nei liquidi organici, nel sangue, e, solo, permetteva, che, attraverso di essa, detti liquidi eliminassero le sostanze, che, insieme, costituiscono il latte.

L'interpretazione sembrava plausibile, specialmente per ciò che riguarda i sali organici e l'acqua. Ma il latte contiene pure il lattosio, zucchero che non si trova nei liquidi circolanti nella glandola. Il latte contiene pure caseina, anche questa una sostanza che non si trova nei liquidi circolanti nella glandola.

Venne allora la teoria, che le cellule stesse della glandola si distruggessero negli alveoli e producessero le sostanze del latte.

Heidenamm (nel 1883), fisiologo di Breslavia, fece notare, che una tale teoria era insostenibile; che se una tale disintegrazione delle cellule della glandola mammaria avvenisse, essa dovrebbe ripetersi parecchie volte nella stessa giornata e dovrebbe essere seguita immediatamente da una formazione di tante nuove cellule quante se ne sono disintegrate. Fatto assolutamente impossibile, colla conoscenza che si ha della divisione cellulare.

Un'altra teoria è quella che associa l'attività della glandola mammaria con lo sviluppo e poscia il distacco di parti delle cellule vicine agli alveoli. Queste parti, che hanno la forma di granuli, distaccatesi dalle cellule, si disintegrano e formano la parte solida del latte. Una tale teoria ha avuto la sua spiegazione nell'apparenza delle cellule glandolari, osservate istologicamente, durante la formazione del latte.

Ci è poi un'altra teoria, la quale ammette che la funzione delle cellule della glandola mammaria sia puramente quella di elaborare dai liquidi organici, delle sostanze, che vengono a comporre il latte, e che in questo lavorio, non ci sia distruzioni di cellule glandolari eccetto quelle, che, come in altri tessuti organici, si distruggono dopo avere compito il proprio ciclo vitale. Dunque non ci è distruzione di cellule per formare il latte; le cellule della glandola mammaria si comportano come quelle di altre cellule glandolari, per es. quelle delle glandole salivari.

In un elaborato studio statistico delle variazioni dei componenti del latte, speciamente il grasso e le sostanze solide non grasse, prese in relazione all'età in una certa razza di vacche, Gawen, della stazione sperimentale di agricol-

tura del Maine, ha dimostrato che ci sono delle variazioni nella composizione del latte che mal si spiegano con la teoria della disintegrazione cellulare.

E così, mentre la concentrazione dei grassi non varia con l'età, invece gli altri elementi solidi non grassi, come zucchero, proteine e sali, diminuiscono con l'età. Già si sapeva, che il latte offre diversa composizione, secondo l'ora del giorno; così, nel latte raccolto la sera, i grassi sono in quantità maggiore, a differenza degli altri costituenti solidi, che non mostrano un tale aumento.

Queste prove contraddicono pienamente la teoria di disintegrazione cellulare, perchè allora non si comprenderebbe la differente proporzione dei costituenti grassi dai non grassi, relativamente all'ora, in cui il latte è raccolto ed all'età dell'animale.

Perchè, ammettendo una comune origine — la cellula distrutta — tanto i grassi, quanto i solidi non grassi dovrebbero mantenere la loro proporzione quantitativa.

Viene così a negarsi la comune origine dei componenti del latte.

Avviene lo stesso nella formazione del latte nelle donne?

(Dal *Journal Amer. Med. Assoc.*).

Washington. S. FLORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1044). *Sull'empiema*. Al dott. S. G. abbonato 9751: Possiamo consigliarle la seguente monografia del 1915: Farano Dr. Giuseppe. - Cura degli empiemi cronici, Napoli, Società editrice Pansini.

r. s.

(1045). *Il luminal*. — Al dott. A. T. da G.: Il *luminal* è un prodotto di fabbricazione tedesca. È stato trovato efficace nella epilessia. Anche recentemente Dercum ne ha constatato i benefici effetti. Come sonnifero può essere sostituito dagli ipnotici affini, ma questi non avrebbero effetti analoghi come anticomiziali. Da oltre due anni non si trova in commercio nei paesi della Intesa.

dr.

(1046). *Sul trattamento della polisarcia*. — All'ab bonato n. 67:

Indicare le norme direttive della cura della polisarcia in un caso particolare è voler fare della consulenza lungi dal letto del malato.

Numerose volte abbiamo resistito al ripetuto invito di nostri abbonati, non per norma aprioristica, ma per un dovere inderogabile: pur mantenendo in limiti utili questa rubrica, si tratta di evitare una china, di cui le deficienze, le esagerazioni, i pericoli sono ben chiari ai nostri lettori.

l. p.

(1047). *Mezzi pediculicidi*. — All'abb. n. 6569: Si è già risposto altre volte. Ottimo rimedio per la distruzione dei pidocchi e delle lendini nei capelli è il petrolio.

R. B.

(1048). *Sulla nevrastenia*. — All'abb. n. 8130: Nessun lavoro monografico è stato pubblicato negli ultimi anni. Se ella, quindi, desidera conoscere tutta l'abbondante letteratura sull'argomento può consultare i più noti trattati di neurologia.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

SEGRÈ dott. MARIO. — *La chirurgia della milza* Un vol. in-8º di quasi 300 pag. Tipografia L. Parma, Bologna..

Il capitolo della chirurgia della milza si è in questi ultimi tempi allargato notevolmente, facendo entrare sotto il suo dominio anche molte forme di splenomegalie, fin qui mal definite o ritenute di pertinenza della medicina. Giustamente però osserva l'A. come siano indispensabili in proposito le nozioni sulla struttura e sulle funzioni di quest'organo, per meglio giudicare l'utilità e le modalità dell'intervento.

Lo studio dell'A. è preceduto da cenni sulla anatomia, la fisiopatologia, la semejologia, la medicina operatoria della milza; segue poi la parte speciale, riguardante le diverse lesioni e malattie della milza, fra cui larga parte è fatta alle splenomegalie. Alle ferite della milza l'A. porta anche un contributo di notevoli osservazioni personali.

l. b.

C. MARTEGIANI. — *Il trattamento delle ferite da arma da fuoco penetranti nell'articolazione del ginocchio*. Un vol. in-8º di circa 60 pag. con tavole, L. Cappelli ed. Bologna. Prezzo L. 7.

La gravità delle ferite dell'articolazione del ginocchio, gravità, sia immediata per la facile complicazione di infezioni generali, sia tardiva per l'anchilosi che rimane come postumo, spiega il grande interesse che i chirurghi hanno rivolto allo argomento e le numerose pubblicazioni avutesi anche negli ultimi tempi.

Sulla scorta di una ricca casistica (66 casi) e di un abbondante materiale bibliografico, l'A. tratta la questione, venendo a conclusioni pratiche, le quali, concordemente alle vedute attuali, stanno in complesso per la chirurgia conservativa.

r. s.

TOSATTI dott. CARLO. — *Trapianti di fascie e di aponeurosi e loro valore chirurgico*. Un vol. in-8º di 286 pag. con figure. Soc. An. Tipogr., Modena.

Il trapianto dei vari tessuti costituisce oggi uno dei metodi di riparazione chirurgica più fecondi

in pratica; di data recente ha ottenuto ben presto un largo sviluppo e lascia adito a grandi speranze per l'avvenire.

L'A. dopo qualche accenno necessario di terminologia, limita il suo studio ai trapianti di fascie e di aponeurosi: pure così definito, il campo è sempre vasto per le applicazioni alle plastiche della dura madre e del cranio, alla chirurgia dell'esofago, della trachea, del piloro, alle plastiche addominali, negli sventramenti, negli interventi sugli ureteri, sulla vagina, sulle articolazioni, sui vasi ecc.

Lo studio, ad un tempo critico e sperimentale, con diversi casi clinici è condotto con metodo ed è ricco di fatti e di osservazioni.

Le equilibrate conclusioni a cui giunge l'A. sono che questa forma di intervento chirurgico rappresenta in certi processi un vero progresso, mentre in altri non che vantaggioso sarebbe realmente dannoso in confronto di altri metodi più confacenti.

r. s.

WEBB. JOHNSON A. E. — *Surgical aspects of typhoid and paratyphoid fevers.* Un vol. in-8º di pag. 190, rilegato. « Frowde e Hodder-Stoughton add. Oxford University press. Prezzo scellini 10-6.

Il gruppo delle febbri tifoidi e paratifoidi è sempre di un'importanza capitale, sia in tempo di guerra che in quello di pace. Sebbene tali malattie siano particolarmente di spettanza medica, pure le gravi complicazioni di indole chirurgica, che possono in esse insorgere rendono necessaria una ampia conoscenza del trattamento chirurgico, che può, in parecchie evenienze, salvare la vita dell'ammalato. E tali complicazioni non sono nè poche nè lievi, basti citare le parotiti, il nome, l'ascesso polmonare, splenico epatico, l'empiema, le trombosi diverse, le complicazioni genito-urinarie, le osteiti, la colecistite, le calcolosi biliari ecc. Di ognuna di queste condizioni l'A. consi era i sintomi, la diagnosi, il trattamento, affrontando da ultimo il lato chirurgico nel problema dei portatori, i quali, mediante operazioni, che ne eliminino il focolaio infettivo, guariscono dalla lesione e cessano di essere portatori.

Il volume contiene alcune belle tavole ed i ritratti dei principali medici inglesi, che hanno portato un contributo notevole allo studio di tali malattie.

fil.

SIR JOHN BLAND LUTTON. *Tumours, innocent and malignant.* Vol. di 290 pag. con 383 incisioni. Sesta edizione. Cassel and Company limited, London.

L'A. intende la parola tumore in senso clinico; infatti vediamo descritte in questo volume, insieme colle neoplasie, le cisti da echinococco, l'idrocefalia, la spina bifida, ecc. L'etiologia dei neoplasmi è trattata profondamente e il Bland tuttora sostiene la teoria di Durante Conheim dei germi aberranti, mettendo anche in rilievo il modo col quale i microrganismi patogeni esaltano le proprietà tossiche degli elementi cancerosi. Trae argomenti in ispecial modo dalle cisti ovariche e da alcuni tumori del mascellare superiore, provenienti da germi dentari aberranti. Moltissimi interessanti e rari teratomi, malformazioni congenite e mostruosità, sono descritti e riprodotti. Questo studio sui tumori è esteso, quando ciò è possibile, a tutti i vertebrati. Senza questo aiuto, dice il Bland Lutton, i tentativi per comprendere la vera essenza di molti tumori sono altrettanto difficili quanto il voler decifrare un palimsesto nel quale i primitivi caratteri scritti in una lingua sconosciuta siano stati imperfettamente scancellati dalla pergamena e si confondono colla scrittura sovrapposta. Anche la terapia viene trattata caso per caso e vedute nuove sono svolte sulla patogenesi del cancro dell'ovaia e delle tube di Falloppio.

Questa sesta edizione arricchita di tre nuovi capitoli e di numerose nuove incisioni, presentata in elegante veste tipografica, pare che abbia incontrato in Inghilterra il favore delle cinque che la precedettero.

VARIA.

Note demografiche sulla Spagna. — Il dottor Gomez Ocana (*El Siglo Medico,* 1º marzo 1919) dimostra le deficienti condizioni igienico-sanitarie della Spagna, sulla base di rilievi demografici.

La mortalità è elevatissima; nel 1912 raggiunse 21.6 ‰; nei quattro anni successivi si ridusse alquanto, ma nel 1917, prima che scoppiasse l'epidemia influenzale, salì bruscamente a 26.16.

Durante lo stesso periodo la natalità fu, nell'insieme, in diminuzione, da 31.60 a 29.2, salvo nel 1916, in cui raggiunse, per cause ignote, un *maximum* di 33.8.

I dati ufficiali relativi al 1918 non sono ancora elaborati; ma possiamo avere qualche idea dello stato demografico generale, da quanto è avvenuto a Madrid. Ivi, quale risultato evidente della pandemia, la mortalità raggiunse 30.37, mentre la natalità cadde a 26.70.

Non in tutte le regioni della Spagna però si sono avuti risultati così rovinosi; per e. nelle Isole Canarie la mortalità segnò un progresso rispetto al 1917; ma, contemporaneamente, si ebbe riduzione della natalità.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Congedati malarici.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, Div. 6ª, Sez. 2ª, ha diramato la seguente circolare, in data 21 luglio 1919, n. 20183 A. G., ai Prefetti del Regno, Comandi delle Divisioni Militari, Comandi dei Dipartimenti Marittimi, Uffici Provinciali dell'Assistenza Militare e Pensioni di guerra.

Tra i problemi igienico-sociali strettamente connessi colla smobilitazione, è da considerarsi quello dei militari congedati, affetti da malaria, contratta od aggravata durante il servizio militare.

Ed il Governo desideroso di mostrare il suo premuroso interessamento, pegno della imperitura riconoscenza del Paese, all'Esercito ed alla Marina, ha determinato di integrare nella più larga misura possibile le provvidenze già predisposte a favore dei malarici suddetti.

In questo suo proposito il Governo mira a raggiungere una duplice finalità.

La prima intesa a risanare ed a rinvigorire gli organismi debilitati dalla malaria, mettendoli in grado di riprendere, con rinnovata lena, il proficuo lavoro.

L'altra, coordinata ad un alto concetto di profilassi sociale: diminuire le sorgenti di infezione malarica nelle località, sovratutto, finora immuni da malaria.

Già le Amministrazioni della Guerra e della Marina avevano, con provvido pensiero, disposto che del ricovero e della cura negli ospedali militari potessero usufruire non solo i malarici che si trovano ancora sotto le armi, *ma anche quelli che, congedati, abbisognano di ulteriori cure ospedaliere.*

Ed il Ministero dell'Interno, con sua circolare dell'11 gennaio 1919, disponeva che agli smobilitati malarici venissero assicurati nei propri Comuni non solo quella assistenza sanitaria di cui avessero bisogno, ma anche i mezzi per continuare il trattamento adatto a completare la bonifica umana.

* * *

Tali provvidenze vengono ora integrate con il concorso e l'ausilio del Ministero per l'Assistenza Militare e per le Pensioni di guerra nel modo seguente.

Assistenza medica ordinaria. — Per quanto le disposizioni vigenti assicurino tale forma di assistenza a tutti gli infermi abbisognevoli di cura nei Comuni del Regno, pure si rivolge il più caldo appello ai medici condotti affinchè ogni loro più premurosa sollecitudine sia rivolta a questa categoria di malati, nella visione dell'alta finalità umanitaria e sociale, al cui raggiungimento è pur diretta la loro opera in questo speciale campo.

Allo scopo di rendere completo il servizio dell'assistenza medica, si mette a disposizione dei Comuni, per i congedati malarici, una adeguata scorta di chinino destinato esclusivamente alle loro cure.

Cura ambulatoria. — Per dare maggiore sviluppo a questa assistenza, tutti gli Stabilimenti militari sanitari (ospedali e infermerie) terranno servizio di ambulatorio, con distribuzione dei farmaci occorrenti per i congedati malarici che vi si presenteranno.

Cura ospedaliera. — I congedati malarici, che avessero bisogno di cure ospedaliere, potranno essere accolti e curati con la procedura più semplice e più spedita, nelle sezioni per malarici degli ospedali militari comuni.

Soccorso giornaliero. — I ricoverati negli stabilimenti sanitari militari sono da considerarsi come richiamati in servizio, eppertanto, anche allo scopo di non dar loro preoccupazioni sulle condizioni economiche delle proprie famiglie, che rimarrebbero prive temporaneamente del loro principale sostegno, viene continuato il soccorso giornaliero alle famiglie stesse e mantenuto per un mese dopo la loro dimissione dall'ospedale. Tale soccorso, nei casi di eccezionale, constatato bisogno, potrà essere integrato da un sussidio straordinario da concedersi dal Ministero per la Assistenza Militare e per le pensioni di guerra.

* * *

Tali provvidenze rimarrebbero peraltro prive dello sperato effetto, qualora le autorità preposte alla loro esecuzione non portassero esse stesse e non richiedessero dai propri dipendenti tutto quel fervido interessamento che rispecchi la ferma volontà del Governo in questa dolorosa opera di assistenza individuale e di profilassi sociale, e trascurassero di esercitare con ogni mezzo la più intensa azione di propaganda per indurre i congedati malarici ad approfittare delle provvidenze stabilite a loro favore.

Condizione, però, indispensabile perchè le provvidenze trovino piena ed efficace attuazione, senza lacune e ritardi, è sopratutto la più stretta, cordiale e costante collaborazione fra le autorità

civili e militari, cui è affidata l'applicazione delle presenti disposizioni.

Il presidente del Consiglio dei ministri,
ministro dell'interno: Nitti.

Il ministro della marina: Sechi.

Il ministro della guerra: Albricci.

Il ministro per l'assistenza militare
e le pensioni di guerra: Da Como.

Istruzioni.

1° Allo scopo di stabilire il diritto dei congedati malarici al trattamento speciale fissato dalla circolare, i Comandi dei depositi e centri di smobilitazione cureranno:

A) Che sia compilata la dichiarazione di dipendenza della malattia da causa di servizio in ogni caso nel quale essa risulti contratta o aggravata in servizio.

Copia di tale dichiarazione sarà subito inviata al Distretto nel quale il militare già congedato o da congedare ha dichiarato eleggere il domicilio.

B) Che sia pure compilata, ove ancora ciò non sia stato fatto, la « scheda individuale per malarici » in duplice copia, della quale una sarà inviata d'ufficio all'Ufficiale sanitario del Comune ove riesiede il militare, l'altra al Ministero Guerra — Direzione Generale Sanità Militare.

C) Che sia infine in ogni caso curata la annotazione relativa alla malaria come dipendente da causa di servizio, sul libretto del militare malarico.

(Circolare 690 G. M. 1918 — Circolare 402102-52 Direzione Generale Sanità Militare 15 gennaio 1918).

2° Il militare congedato che abbia ancora manifestazioni della malaria contratta o aggravata per causa di servizio, sarà ammesso alla cura ambulatoria presso quello stabilimento sanitario militare (ospedale o infermeria presidiaria) che esista nella località di sua residenza, in seguito alla semplice presentazione di alcuno dei predetti documenti.

Il trattamento ambulatorio consisterà nella somministrazione *diretta e sorvegliata* dei chinacei e degli altri farmaci sussidiari che occorrono per la bonifica del malarico (Circolare 58384 Direzione Generale Sanità Militare — Dispensari antimalarici).

Nelle località ove non esistono stabilimenti militari, provvedono alla cura ambulatoria dei malarici, come è prescritto nella circolare, gli Ufficiali sanitari e i Medici condotti.

3° I militari congedati malarici possono ottenere il ricovero nelle sezioni per malarici degli ospedali militari comuni, quando siano riconosciuti bisognosi di cure ospedaliere sia dall'Ufficiale medico dello stabilimento sanitario nel quale si sono presentati per la cura ambulatoria, sia dell'Ufficiale sanitario o Medico condotto del Comune nel quale risiedono.

In tal caso essi saranno avviati all'Ospedale militare principale viciniore, per essere ricoverati nella « Sezione per malarici », forniti dei seguenti documenti:

A) Biglietto d'entrata all'ospedale, firmato dall'Ufficiale medico oppure dall'Ufficiale sanitario o medico condotto a seconda dei casi, e vistato, rispettivamente, dalla Direzione dello stabilimento sanitario, o dal Sindaco del Comune di residenza dell'infermo.

B) Certificato di viaggio per il viaggio gratuito, rilasciato sia dallo stabilimento sanitario, sia dal Sindaco.

La Direzione dell'Ospedale militare principale che accoglie il malarico darà immediato avviso al Comune dal quale esso proviene, tanto del suo ingresso, quanto del giorno di uscita, per le conseguenti disposizioni di competenza dell'Autorità civile, relative al soccorso giornaliero che compete alla famiglia dell'infermo durante l'intero periodo di degenza e il successivo periodo di *trenta* giorni.

4° I provvedimenti relativi alla corresponsione del soccorso giornaliero alle famiglie dei malarici congedati, sono affidati alle Commissioni Comunali e regolati dalle disposizioni contenute nell'Istruzione per la concessione del soccorso giornaliero alle famiglie bisognose dei militari di truppa alle armi, 30 novembre 1917.

Tale soccorso spetta soltanto alle famiglie di quei congedati affetti da febbre malarica che siano ricoverati nelle Sezioni per malarici degli ospedali militari comuni a seconda di quanto è prescritto al numero precedente.

5° Non occorre che le Commissioni Comunali accertino la condizione di assoluto bisogno per i congiunti dei malarici ricoverati, voluta in genere per far luogo al soccorso giornaliero, poichè tale condizione può presumersi senz'altro dal fatto che il malato è stato ricoverato in un ospedale militare specializzato.

6° Il soccorso giornaliero alla famiglia decorre dal giorno dell'ingresso all'ospedale del malarico, a seconda della partecipazione che — ai sensi del n. 3 delle presenti istruzioni — il Sindaco riceverà dal Direttore dell'ospedale militare, e sarà corrisposto fino a trenta giorni do-

po quello in cui il malarico avrà lasciato il luogo di cura, a seconda di analoga partecipazione che il Sindaco riceverà dal Direttore stesso.

7° Pel pagamento del soccorso i Sindaci e i Comandi di Distretto si atterranno alle norme già stabilite nel Capo VII della su citata Istruzione 30 novembre 1917, adoperando gli stampati in uso pel soccorso giornaliero ordinario, i quali però saranno distinti con la scritta in inchiostro rosso: *Malarico*.

8° Gli ufficiali sanitari dei *Comuni non dichiarati malarici,* sulla guida della « scheda individuale per i militari malarici », segnaleranno al più presto ai rispettivi Prefetti il presunto fabbisogno di preparati chinacei (confetti da gr. 0.20 di bisolfato di chinino e fiale di soluzione di un grammo di bicloruro di chinino) per il completamento della cura dei congedati affetti da malaria contratta od aggravata durante il servizio militare.

Gli ufficiali sanitari provinciali, rivedute tali segnalazioni, ne trasmetteranno sollecitamente l'elenco riassuntivo, munito del proprio parere, alla Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Questa provvederà, d'intesa col Ministero per l'Assistenza Militare e per le Pensioni di guerra, all'invio dei chinacei ai Comuni.

Ad eventuali nuovi rifornimenti si provvederà con la medesima procedura.

Alla distribuzione e alla somministrazione dei chinacei provvederanno con prudente discernimento i medici condotti sotto la cordiale vigilanza degli ufficiali sanitari.

Questi ultimi, al principio di ogni mese, trasmetteranno al Prefetto il prospetto del chinino consumato nel mese precedente.

9° Ai Comuni dichiarati malarici potranno esser concessi, a seguito di concrete e motivate proposte dei Prefetti, adeguati sussidi di chinino, in relazione del numero di congedati malarici non aventi diritto al farmaco gratuito agli effetti delle disposizioni vigenti dirette a diminuire le cause della malaria.

Diritto di costituto sanitario.

Il Ministero dell'Interno, d'accordo con la Direzione generale della Marina mercantile, ha disposto che le barche da pesca provenienti dall'estero sebbene non soggette al pagamento di tassa di ancoraggio nè munite di licenza annuale siano soggette al pagamento di « costituto sanitario », secondo la legge 16 luglio 1916, e ciò in quanto il diritto di costituto deve essere considerato come un tributo affatto indipendente così dalla tassa di ancoraggio come dagli altri diritti marittimi.

MEDICINA SOCIALE.

Problemi sanitari del dopo guerra.

Servizi provinciali.

Abbiamo accennato, nei fascicoli precedenti (n. 35 e n. 37), alle principali manchevolezze d'ordine materiale e morale, che si verificano nell'organizzazione sanitaria provinciale e portano ad incepparne e perfino a fuorviarne l'azione; esaminiamo ora se e come potrebbero adottarsi adeguati provvedimenti per fare realmente di tale istituto il fulcro, come vorrebbesi, dell'amministrazione della sanità pubblica, mettendolo in condizioni di soddisfare effettivamente ai compiti ed alle responsabilità che gli sono demandate. All'uopo necessita non solo fornirlo dei mezzi, di cui abbisogna, ma tenerne anche elevato il prestigio, in modo che pubblico e, specialmente, sanitari dipendenti, abbiano ad esso sempre a rivolgersi con fiducia e deferenza. Senza di che si avrebbe un organo burocratico ingombrante di più e le più energiche disposizioni, circondate dal discredito, rimarrebbero sterili.

Qualche disposizione è stata adottata durante il periodo, ormai non breve, dell' applicazione della legge sanitaria, all'intento di riorganizzare l'ufficio, e ciò dando istruzioni ai Prefetti sulle competenze ad esso spettanti, determinandole anche con un regolamento ed istituendo perfino apposito servizio di vigilanza. Tuttavia ne è mancata l'osservanza.

Parimenti senza effetto è rimasta la facoltà di corrispondere direttamente colla Direzione Generale da parte del medico provinciale; il quale, privo di ogni consiglio ed aiuto morale dall'alto, si è trovato isolato, e come travolto, senza poter affermare le attitudini e caratteristiche proprie, nel *mare magnum* dell'ingranaggio burocratico delle Prefetture: mentre anche la concessione del biglietto permanente sulle ferrovie, che era diretta ad intensificare l'attività ispettiva, si è ridotta, in fondo, non accompagnata dalla necessaria libertà d'azione, ad un comodo espediente di contabilità.

Perchè queste poche ed insufficienti disposizioni non hanno avuto successo, come non ne avrebbero avuto d'altronde tutte le altre che si fosse creduto man mano d'impartire per togliere le varie complesse manchevolezze sopranotate?

Intanto sarebbero occorse fermezza, costanza e massima autorevolezza per imporle e farle rigorosamente osservare, trattandosi di innestare e far prosperare un organo nuovo e di natura diversa sull'annoso e robusto tronco dell'amministrazione delle Prefetture. Alla cui tutela certo fu opportuno ed utile aver affidato nei primordi

la Sanità, la quale potè tosto giovarsi di ordinamenti amministrativi preesistenti, nonchè del prestigio e dei mezzi inerenti alla carica governativa più elevata ed autorevole della Provincia. Ma in seguito l'ufficio tecnico è venuto a trovarsi in disagio sempre maggiore, perchè, mentre erano notevolmente accresciute, insieme all'esperienza amministrativa, attribuzioni e responsabilità anche rispetto a Ministeri diversi da quello dell'Interno, esso fu tenuto sempre in angusti confini d'inziativa e lavoro e spesso si è trovato in naturale conflitto di idee e di intenti colla stessa autorità Prefettizia, istituto a carattere prevalentemente politico.

Pertanto i servizi sono proceduti senza regolarità e continuità, ma a scatti, intensificandosi sotto l'impulso e la minaccia di gravi contingenze sanitarie incombenti e languendo poi al ritorno delle condizioni normali, nella svogliatezza e sfiducia del personale responsabile.

In tali condizioni, a nulla potendo approdare misure parziali e frammentarie, necessita, come è ovvio, che l'organizzazione sanitaria provinciale sia instaurata fondamentalmente.

Il che riteniamo possa conseguirsi creandone un vero ufficio a sè, autonomo, fornito di personale e mezzi idonei per poter esplicare liberamente ed assumerne piena responsabilità, quell'azione di vigilanza igienica e profilattica, la quale per essere efficace e proficua mai deve andare soggetta a menomazioni, restrizioni e discontinuità.

Per mancanza di un Ministero della Sanità Pubblica, di cui l'ufficio sanitario provinciale sarebbe l'organo periferico, direttamente dipendente e responsabile, e cioè la vera autorità sanitaria provinciale, il nuovo ordinamento, che si vagheggia, potrebbe essere modellato su quello dell'ufficio sanitario delle grandi e medie città, dove l'alta autorità esercitata dal Sindaco e la cooperazione amministrativa di altri uffici sono compatibili colla piena autonomia nel campo tecnico del personale sanitario, il quale dovunque può così esplicare in base ai regolamenti opera volonterosa, fattiva e utile.

In tali condizioni ad un medico provinciale potrebbe essere affidata una circoscrizione anche più ampia di una sola provincia, almeno per quanto riguarda le minori, e ciò conformemente ai nuovi criteri di riforma delle amministrazioni dello Stato.

Abbisognando poi di essere integrata, come già abbiamo rilevato più avanti, l'azione deficente delle autorità sanitarie dei comuni rurali, bene a proposito torna la proposta contenuta nell'altro o. g. già citato, di istituire un corpo di vigili sanitari alla dipendenza del medico provinciale, ai quali sarebbero da affidarsi, tuttavia, non solo mansioni profilattiche, ma anche di vigilanza igienica, sull'alimentazione, suolo e abitato, industrie, ecc.

A completare il servizio necessita, poi, che siano posti alla effettiva dipendenza tecnica del medico provinciale i laboratori di vigilanza igienica, in modo che a lui sia data facoltà di far prelevare ed analizzare campioni ed ogni altro materiale liberamente, senza impacci burocratici o d'altra natura, secondo le esigenze del servizio e le condizioni delle varie parti della Provincia, di cui egli è costantemente informato. Occorrerebbero all'uopo laboratori governativi o anche consorziali, mentre altri laboratori, legati da semplici convenzioni e non anche effettivamente dipendenti, non possono dare sempre garanzia sufficente di regolare e spedito funzionamento.

Il permanente contatto col laboratorio servirebbe poi al medico provinciale anche a tenersi sempre al corrente dei metodi d'analisi e del movimento scientifico, con vantaggio non solo del più attivo e spedito andamento del servizio, cui egli è preposto, ma anche del prestigio indispensabile all'alta carica.

È ovvio da ultimo, che a tutelare l'indipendenza e l'attività del funzionario nel disimpegno delle sue importanti e delicate mansioni, in continuo contrasto con una folla d'interessi particolari, talora potenti, è indispensabile assicurargli una posizione economica decorosa, specialmente in confronto delle altre cariche sanitarie, sottoposte alla sua vigilanza (ufficiali sanitari, direttori d'ospedali, ecc.), nonchè, se non l'inamovibilità, come ad altre categorie di funzionari (giudici, professori), il che sarebbe preferibile, almeno quella stabilità di sede, che gli consentisse di svolgere, senza preoccupazioni di alcuna specie, al riparo da atti anche semplicemente sospetti d'arbitrio e comunque odiosi, liberamente ed interamente tutta la propria attività ed energia.

F. G.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7984) *Contributo alla Cassa di previdenza.* — Dott. F. S. da C. Ella è obbligata a pagare il contributo della cassa di previdenza per tutto · periodo del servizio militare, giacchè detto periodo è computato per intero nella liquidazione della pensione. Il Comune aveva, in quel tempo, l'obbligo di pagare il contributo proprio e di anticipare quello del sanitario, da rimborsarsi sui primi stipendi dovutigli.

(7985) *Pensioni — Concorsi — Interinato.* — Dott. V. C. A. da V. C. M. Avendo solamente ora aderito alla Cassa pensioni, non può riscattare gli anni di servizio precedentemente prestati. I con-

corsi furono sospesi *durante lo stato di guerra*, e poichè questo è ora di fatto cessato, si potrebbero, secondo noi, riprendere subito. Il periodo di interinato si computa nel biennio di prova, quando sia seguito da nomina regolare in base a concorso.

(7986) *Servizio oculistico*. — Dott. prof. S. L. da S. Essendo la visita agli scolari tracomatosi affidata cumulativamente ai tre medici, come incarico fiduciario, non vi è diritto acquisito per alcuno di essi, ben potendo il Comune revocare in ogni tempo la fatta assegnazione nello interesse del servizio od in quello economico della amministrazione. Doctor JUSTITIA.

Al dott. B. F. da Rockford, Ill.:

Per quest'anno a Roma non vi saranno corsi pratici accelerati per i medici: si terranno soltanto *corsi d'integrazione* i quali sono stati instituiti e sono riservati per studenti e medici reduci dalla guerra. *t. p.*

Al dott. T. S. da C.:

Vi sarà in quest'anno il corso di perfezionamento in ostetricia e ginecologia. La data dello inizio è tuttora da stabilire: sarà probabilmente dicembre o gennaio. V. A. S.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Livio Losio, chirurgo primario dell'Ospedale di Castel San Giovanni (Piacenza), è stato chiamato a dirigere l'Ospedale Civile di Carate Brianza.

A sostituirlo andrà il prof. Benedetto Formiggini, chirurgo primario dell'Ospedale di S. Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno).

ALBO D'ORO.

CROCE DI GUERRA.

Dott. Speranza Umberto, tenente medico della R. Marina: « Per la lodevolissima opera prestata in quattro anni di guerra trascorsi prima al servizio dell'esercito presso battaglioni di fanteria, e ultimamente nella R. Marina ».

Fu già decorato di medaglia al valor militare per i fatti d'arme 14-15 maggio 1917 che portarono alla sanguinosa conquista del Kuk e Vodice: « Nonostante rimanesse gravemente contuso, per lo scoppio di una granata sul posto di medicazione, volle seguire il suo battaglione, dimostrando sempre coraggio e serena resistenza ».

CONDOTTE E CONCORSI.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto come dal precedente fasc. 17 L. 1608.55

Pervenuteci, dopo dichiarata chiusa la sottoscrizione, dalla Signora Ada Bruno di Tregnago . . . . . » 10 —

Totale . . L. 1618.55

Che abbiamo versato il 17 luglio u. s., alla Federazione degli Ordini dei Sanitari del Regno, come dalla seguente ricevuta:

Roma, 17 luglio 1919.

Egregio sig. prof. E. Morelli
Editore del Giornale « Il Policlinico »,

Ritiro dalla S. V. Ill.ma la somma di 1618.55 lire, residuo della sottoscrizione aperta generosamente dal « Policlinico » in favore della compianta signorina Albertini per iniziativa della signora Coluzzi.

Tale somma, come da desiderio della stessa signora Coluzzi, sarà unita alla sottoscrizione iniziata dalla « Federazione degli Ordini dei Medici » per onorare il dott. Riccardo Paolucci, per la fondazione di una borsa di studio nel Collegio di Perugia.

E mentre ringrazio Lei di quanto mi ha consegnato, La prego rendersi interprete dei sentimenti di grato animo di tutto il Consiglio Federale presso la Signora Coluzzi per il gentile pensiero da Lei avuto di contribuire alla costituzione del fondo, necessario allo scopo che ci siamo prefissi.

Intanto Le unisco la nota dei sottoscrittori e La prego di gradire i miei distinti saluti.

Firmato: Dott. Enrico Ballerini
Vice-presid. della « Federazione degli Ordini ».

1° elenco dei sottoscrittori per le onoranze al dott. R. Paolucci.

Stagnitta dott. Francesco, Roma . .	L.	25.00
Unione Nazionale dei Medici Italiani, Milano	»	450.00
Poli dott. Silvio, Zocca (Modena)	»	2.00
Generale Rho della R. Marina per conto del dott. Donati ed altri di Modena	»	60.00
Meloni dott. Francesco, Fiumalbo (Modena)	»	5.00
De Torri prof. Giov. Batt., Modena .	»	5.00
Intrieri dott. cav. Ferdinando, S. Pietro in Guarano	»	5.00
Ciarrocchi dott. prof. Gaetano, Roma.	»	25.00
Arcangeli dott. prof. Uberto, Roma .	»	50.00
Levi dott. Vittorio, Modena	»	5.00
Ufficio Sanitario F. S., Napoli . . .	»	115.35
Ordine di Modena	»	80.00
Gavigan W. Jameson, Roma	»	50.00
Nardelli dott. Giulio, Roma	»	10.00
Ottolenghi prof. Salvatore, Roma . .	»	20.00
Cammarella dott. Giuseppe, Roma .	»	5.00
Fortunati dott. Alfredo, Roma . . .	»	25.00
Marzano dott. Giuseppe, Civitella d'Agliano	»	3.00
Urbani dott. Camillo, Napoli . . .	»	10.00
Lugli dott. Augusto, Roma	»	10.00
Ordine di Genova	»	200.00
Bastianelli prof. Raffaele, Roma . .	»	100.00

Feraco dott. Emidio, Trenta (Cosenza) »	50.00
Capo Ufficio Sanitario F. S. Compartimento Firenze . . . . »	40.00
Canuti dott. Cesare, Faenza . . . . »	50.00
Arrighi dott. cav. Arrigo per i medici Ferr. Comp. Venezia . . . . . . »	260.00
Tesei dott. cav. Emidio per i medici Ferr. Ancona, Castellammare A., Porto S. Giorgio, Varano . . . »	85.00
Salvadori dott. Aldo ed altri Medici Ferroviari, Bologna . . . . »	80.00
Testi prof. Alberto, Faenza . . . »	10.00
Tusini dott. F., Modena . . . . »	10.00
Angelini dott. Arnaldo, Frosinone (Roma) . . . . »	5.00
Galanti dott. Fausto, Montelibretti, (Roma . . . . »	5.00
Balducci dott. Ilario, Paliano (Roma) »	5.00
Sensi dott. Alessandro, Grotte S. Stefano (Roma) . . . . »	10.00
Rossini dott. Terenziano, Bieda (Roma) »	10.00
Rossetti dott. Carlo, Paliano (Roma) »	5.00
Camponi dott. Umberto, Modena per conto del dott. Vincenzo Ferrari, Cavazzo (Modena) . . . . . »	5.00
Sorice dott. Enrico, Palestrina (Roma) »	5.00
Castelli dott. Vincenzo, Modena . . »	5.00
Alessandri dott. Carlo, Modena . . »	5.00
Selli dott. Ferdinando, Santelpidio a M. (Ascoli) . . . . »	10.00
Ossi dott. Giuseppe, Fano . . . »	5.00
Martelli Giannantonio, Fano . . . »	5.00
Petracca dott. Giuseppe, Castellam. Adriatico . . . . »	20.00
De Cesare dott. Colombano, Lesina (Foggia) . . . . »	5.00
Ajassa Giuseppe, Perugia . . . . »	5.00
Mosetti dott. Zeffirino, Matelica . »	10.00
Ruzzi dott. Ennio, Cupra Marittima »	10.00
Quadrani dott. Emilio, Serra S. Quirico (Ancona) . . . . »	10.00
Feliciani dott. Giovanni, Macerata . »	10.00
Cecchini dott. Matteo, Castelsampietro Emilia . . . . »	10.00
Bindi dott. Ernesto, Giulianova (Teramo) . . . . »	10.00
Zambelli dott. Antenore, Falconara M. (Ancona) . . . . »	10.00
Ligabue dott. Augusto, Suzzara (Mantova) . . . . »	10.00
Fabrini dott. Ferdinando, Loreto (Ancona) . . . . »	5.00
Severini dott. Elvio, Morrovalle (Macerata) . . . . »	10.00
Riccuti dott. Giuseppe, Pergola (Pesaro) . . . . »	15.00
Grandori dott. Cesare, Grotte di Castro . . . . »	3.00
Giornale « Il Policlinico » . . . . . »	1618.55
Dal dott. comm. Guglielmo Fabbri, per conto di Medici ferroviari . . »	910.00
Ordine dei Medici della Prov. di Bologna . . . . »	300.00
Medici Militari del 3° Corpo d'Armata, Divisione di Milano . . . »	684.00
Marchiafava prof. Ettore . . . . »	100.00
Ballerini dott. Enrico, Roma . . . »	100.00
Unione Naz. Medici Italiani, Sezione di Brescia (per conto di iscritti) »	9.00
Totale . . . L.	5789.90

NOTIZIE DIVERSE.

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Alla presenza di numerosi soci, convenuti da ogni città d'Italia, il 2 ottobre venne inaugurato a Trieste il 26° Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

La seduta inaugurale, tenuta nella storica sala del Ridotto del Verdi, fu presenziata da S. E. Ciuffelli, Governatore della Venezia Giulia e dal comm. Mosconi, Commissario straordinario per il Comune di Trieste, i quali portarono il saluto del Governo e di Trieste redenta ai chirurgi italiani.

Il prof. Nicolich, presidente del Comitato ordinatore, ricordò con commossa parola l'ansioso periodo, che precedette la redenzione della sua Città, e disse lagioia di poter egli dichiarare aperto, in Trieste italiana, il 26° Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

In assenza del venerando Presidente, sen. prof. Durante, che, indisposto, non era potuto intervenire, il prof. Alessandri portò il saluto e i ringraziamenti della Società di Chirurgia al rappresentante del Governo e del Comune, ai due vice-presidenti dott. Nicolich di Trieste e Rostirolla da Trento, ed all'altro vice-presidente dott. Grossich, che la diuturna lotta per la salvezza della Italianità di Fiume, teneva lontano da questo convegno.

Fu quindi deliberato d'inviare una commissione, per consegnare personalmente al dott. Grossich, presidente del Consiglio nazionale di Fiume, un ordine del giorno di omaggio e di augurio, presentato dal prof. Scalone.

Il prof. Nicolich venne acclamato presidente del Congresso.

Dei cui lavori, che si svolsero nelle sedute successive, daremo conto nei prossimi fascicoli.

Il 25° Congresso Italiano di Medicina interna.

Si è svolto a Trieste, come abbiamo annunziato. La cerimonia inaugurale ebbe luogo la mattina del 6 ottobre; v'intervenne una gran folla di medici, accorsi da ogni parte d'Italia e dalle terre redente. Fra i presenti erano i proff. Maragliano, presidente del Congresso, Ascoli, Vittorio, vice presidente, Queirolo, Lucatello, Devoto, Livierato, Zagari, Schupfer, Giuffré.

Parlò per il primo il Comm. Mosconi, rappresentante del Comune, che portò il commosso saluto di Trieste.

A nome dei medici di Trieste, il dott. Coffler, presidente del Comitato ordinatore, ricordò l'aspirazione costante dei medici Triestini di vedere in Trieste affratellati i medici di tutta Italia.

S. E. Ciuffelli ricordò gli inestimabili servizi resi dai medici all'Esercito e alla Nazione durante gli anni febbrili e tragici di questa guerra redentrice, e si disse fortunato, quale rappresentante del Governo italiano nelle terre liberate, di rendersi interprete della gratitudine del paese verso la classe benemerita dei medici.

Seguirono il tenente generale medico Rho per la Marina, e il colonnello Mennella per l'Esercito.

Il dott. Villa a nome dell'Associazione Nazionale dei Combattenti parlò della protezione e della salute, che dai medici invocano i mutilati.

Il dott. Maun portò l'adesione della Federazione degli Ordini Medici d'Italia.

Il dott. De Luca mise in rilievo le benemerenze della Croce Rossa Italiana, e la dottoressa Berretta recò l'adesione delle medichesse d'Italia.

Infine il sen. Maragliano pronunzia il discorso di apertura del Congresso, che viene riferito integralmente in altra parte del giornale.

I lavori scientifici del Congresso si svolsero attivamente nelle sedute successive e si chiusero il giorno 9, con un efficace discorso del sen. Maragliano.

Durante i lavori e dopo, la cittadinanza dimostrò la più cordiale ospitalità ai congressisti; furono organizzati trattenimenti e gite, dal Lloyd (a bordo del piroscafo Holonan), al sanatorio di Porto Rose, a quelli di Abbazia e Vodosa, a Postumia e alle grotte di Adelsberg.

Grandissimo evento fu per la Società di medicina interna questo 25° Congresso e rimarrà perenne memoria nell'animo di tutti lo spirito di fratellanza italiano nuovamente sugellato in Trieste italiana.

La Conferenza per gli invalidi di guerra

ha espletato i suoi lavori, svoltisi con ordine mirabile e con interessanti comunicazioni scientifiche.

Il 16 corr. ebbe luogo la chiusura ufficiale, alla presenza del Conte di Torino, delle rappresentauze del Governo e delle autorità cittadine.

È stata fissata, come sede della nuova Conferenza, la città di Bruxelles.

Daremo prossimamente breve notizia del lavoro compiuto.

Si è riunito il Comitato permanente interalleato, in una seduta cui hanno preso parte tutti i membri presenti a Roma. È stato eletto il nuovo presidente del Comitato, in sostituzione del dott. Bourillon; la scelta è caduta sul prof. Riccardo Galeazzi, presidente del Comitato organizzatore di questa III Conferenza.

L'assistenza igienica nelle scuole e l'opera della Croce Rossa.

Ha avuto luogo nella sede centrale della Croce Rossa una adunanza presieduta dall'on. senatore Ciraolo, per concretare un programma di assistenza igienica nelle scuole.

L'on. Ciraolo ha eloquentemente illustrato il suo proposito di trasformare la Croce Rossa Italiana in un possente organo di assistenza sanitaria per la popolazione e di educazione igienica.

Stabilite le linee generali del programma da svolgere nelle scuole, perchè siano profondamente migliorate le loro condizioni igieniche, il Comitato si è riservato di compilare un particolareggiato schema di proposte.

Onoranze al prof. Giordano.

In una sala dell'Ospedale Civile di Venezia, gli Assistenti del prof. Davide Giordano, hanno presentato all'amato Maestro l'omaggio di una pergamena, per solennizzare il compimento dei 25 anni dacchè egli tiene con tanto onore e lustro il posto di chirurgo primario nell'Ospedale. Numeroso stuolo di medici ospedalieri e della città intervenne alla cerimonia.

Per il Ministero della Sanità nell'Inghilterra.

Si è tenuta a Londra una conferenza, promossa dal Reale Istituto della Salute Pubblica, per discutere sui poteri e sui limiti del Ministero della Sanità, recentemente istituito.

Tra i voti deliberati segnaliamo i seguenti: necessità di dare incremento alla medicina preventiva; stanziamento di forti somme per promuovere le ricerche scientifiche pure; istituzione di corsi professionali per ispettori sanitari, vigili sanitari, visitatori sanitari, ecc., con adeguato sistema di esami; attivazione dei rapporti con i consolati britannici per ottenere informazioni sanitarie sui varî paesi; non sovraccaricare il dicastero con funzioni di dettaglio, che vanno lasciate ai corpi sanitari dipendenti e locali.

Per gli studi superiori nel Belgio.

La Commissione americana « Relief of Belgium » ha deciso di elargire delle sovvenzioni cospicue per la restaurazione degli studi superiori nel Belgio: 20 milioni di franchi sono stati offerti alle Università di Bruxelles, Gand, Liegi e Lovaino; 60 milioni di franchi saranno messi a disposizione del Governo Belga per facilitare gli studi superiori ai giovani non abbienti.

Sospensione dei giornali medici in Svezia.

L'Associazione Medica Svedese ha annunziato che, a causa di uno sciopero dei tipografi, la pubblicazione dei periodici di medicina è temporaneamente sospesa. Lo sciopero interessa tre periodici dell'associazione: *Hygiea*, *Handlingar* e *Forhandlingar*.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI *Roma, 28 settembre 1919* **Fasc. 39**

(Pubblicato il 25 ottobre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE CRITICHE.

Il valore delle recenti conquiste nello studio di alcune malattie interne sifilitiche

per il prof. TOMMASO PONTANO.

Gli studiosi di malattie degli organi interni riconoscono, per unanime consenso, l'importanza dell'infezione sifilitica come causa determinante le più svariate lesioni di tutti gli organi del corpo. Nell'anamnesi remota e prossima, nei dati familiari, nelle ricerche cliniche e di laboratorio si può dire che la visione stessa del malato ha subìto una notevole trasformazione; ed una rapida evoluzione si è verificata nella diagnosi e nella cura delle malattie interne, dacchè le conoscenze fondamentali della sifilide sono passate dal campo delle ipotesi e delle teorie, alla precisa dimostrazione scientifica. Basterà per un momento ricordare definizioni e leggi sulla infezione sifilitica di qualche decennio fa, per vedere quanto progresso è a base di tale sconvolgimento.

L'infezione sifilitica era in tempi non lontani ritenuta come esclusiva della razza umana ed ora si riesce a trasmettere ad animali superiori ed inferiori (scimie, conigli); l'agente della sifilide era sconosciuto o gli autori erano divisi nella credenza alle più diverse scoperte (bac. di Lustgarten, ecc.), ed ora si conosce, si colora, si coltiva l'agente della sifilide (spirochete di Schaudinn); si diceva che i sifilitici sono immuni contro una nuova infezione, ed ora si sa che i sifilitici guariti possono riinfettarsi; si giurava sulle leggi di Colles e di Profeta ed ora si sa che esse sono errate: la madre non si infetta dal poppante sifilitico perchè essa stessa è già sifilitica; il poppante, apparentemente sano, non si ammala, suggendo il latte dalla madre sifilitica, perchè esso stesso ha nel suo organismo i germi dell'infezione. V'ha di più: i campi erano divisi nel giudizio sulla natura di alcune malattie, che hanno costituito la preoccupazione di molte generazioni di studiosi, come la tabe e la paralisi progressiva, ed ora, mercè le ricerche istopatologiche da una parte, ed il rinvenimento del parassita e le reazioni del siero dall'altra, nessuno dubita più della origine sifilitica di tali malattie.

La terapia non ha subìto minore trasformazione sulla guida delle nuove conoscenze e dopo la scoperta di Ehrlich (arsenobenzoli), la quale ha fornito al medico curante un ausilio terapeutico di incalcolabile importanza.

In ogni campo della medicina un ardente movimento si è verificato; una particolare utilizza-

zione hanno avuto i mezzi d'indagine; ne sono derivate conoscenze di diretta applicazione pratica. È opportuno passare in rassegna tali progressi, rapidamente, fermandosi ai più importanti, ai più direttamente utili.

1). SIFILIDE CONGENITA. — La nozione della sifilide congenita è tutt'altro che recente: fin dal tempo di Falloppio si sapeva che *oriuntur puerculi ex utero matris infecti morbo gallico*. L'osservazione clinica aveva portato a notevoli conquiste e a determinare perfino delle leggi che valevano a spiegare le costatazioni fatte. La sifilide congenita si è riportata per un certo periodo di tempo alla infezione paterna (sifilide germinale), o all'infezione dell'uovo materno. Per interpretare delle inesplicabili constatazioni cliniche, si credeva che il prodotto di padre sifilitico immunizzava la madre nella vita intrauterina (*legge di Colles*), che il bambino figlio di madre sifilitica riceveva nell'utero materno l'immunità contro l'infezione (*legge di Profeta*). Ma tutte queste leggi e la interpretazione di fatti clinici osservati sono caduti, quando il controllo è sopravvenuto, alla luce delle conoscenze e dei mezzi di ricerca moderni.

La possibilità che la sifilide si trasmetta con lo spermatozoo paterno, ritenuta « un fatto superiore ad ogni dubbio », è tramontata dacchè si è conosciuto l'agente della sifilide, lo spirochete di Schaudinn, che ha una lunghezza quattro volte maggiore della testa di uno spermatozoo. Anche la trasmissione con l'infezione dell'uovo materno è quasi tramontata, sebbene si siano trovate delle uova colpite dallo spirochete, dacchè si è compreso che l'infezione dell'uovo non ne permette lo sviluppo e dacchè si è potuto vedere che negli embrioni non si ritrovano mai spirocheti prima del 3°-4° mese.

L'infezione adunque del feto non avviene che per un mezzo solo: la madre; e per una via sola: la placentare. Contro questo modo di vedere urtava l'esperienza dei clinici, che trovavano la madre del feto sifilitico immune da sifilide, piuttosto che infetta, come si dovrebbe vedere se l'infezione avvenisse per via placentare. La reazione di Wassermann è venuta in aiuto a dimostrare che la madre del feto sifilitico è anche essa sifilitica, che cioè la legge di Colles è una interpretazione errata di un fatto clinico noto: *l'immunità dei sifilitici ad una superinfezione*.

Non mancarono neppure recentemente gli ostinati difensori dell'antico modo di vedere, ed essi opposero alla evidenza dei fatti, l'ipotesi che le reagine sifilitiche passavano dal corpo del feto nell'organismo materno, attraverso la circolazione placentare, e che solo a tale passaggio e non ad una reale infezione fosse dovuta la reazione di Wassermann positiva. Ma la reazione di Wassermann positiva perdura a lungo dopo molti anni, positiva, nelle madri di nati sifilitici, e sarebbe davvero strano concepire che un organismo non riesca a liberarsi dopo lungo tempo di reagine, passivamente penetrate.

Le ricerche anatomo-patologiche hanno però tagliato netto nella discussione: nella parte materna della placenta, appartenente a nati sifilitici, si è potuto constatare la presenza di spirocheti, proprio in placente provenienti da madri senza manifestazioni, le quali erano la più bella espressione della legge di Colles.

Anche per i bambini, nati da madre sifilitica, e che si dimostravano immuni dell'infezione, la reazione di Wassermann ha potuto luminosamente dimostrare che si trattava di soggetti già sifilitici, nei quali la supposta immunità corrispondeva a null'altro che all'immunità contro la superinfezione.

Mercè la reazione di Wassermann si è modificata la percentuale dei nati sifilitici; essa in tutte le nazioni è notevolmente accresciuta, pur rimanendo notevolmente inferiore alla percenrimanendo inferiore alla percentuale delle sifilidi acquisite. Noi dobbiamo pensare che ogni nato sifilitico ha una madre sifilitica, ma che una madre sifilitica può avere anche la prole, o una parte di essa, indenne dalla malattia.

Nozioni generali sul corso e sulla patologia in generale della sifilide ci possono rendere conto della maniera come l'infezione si trasmette e delle irregolarità nella trasmissione ai diversi membri di una stessa famiglia. Esaminiamo le diverse condizioni.

1) *Padre sifilitico*. — Nelle credenze del passato era radicata la convinzione che da un padre, che avesse contratta la sifilide, non potesse nascere se non una prole infetta o, nelle migliori condizioni, una prole con le stigmate della eredità luetica. Nelle constatazioni moderne non ci meravigliamo più se la prole di un sifilitico è indenne da sifilide.

Oramai è nella convinzione dei più che la sifilide germinale non esiste e che il padre infetta la sua prole attraverso la madre. La sifilide materna troppe volte passa inosservata, poichè non di facile e corrente osservazione sono le vie d'ingresso frequenti del virus nella donna (collo dell'utero); grande è la percentuale infatti di sifilide ignorata nelle malattie mediche luetiche che colpiscono le donne. Citron anzi sente il bisogno di raggruppare sotto il nome comprensivo di *lues asintomatica*, quei casi nei quali esiste in vivo un processo sifilitico attivo, che si può constatare con la Wassermann positiva, ma che ester-

namente non presentano nessun sintoma o per i quali i nostri mezzi di indagine clinica non sono sufficienti per constatare i segni esistenti della lesione viscerale. Nel periodo tardivo della malattia anche in questi casi asintomatici possono manifestarsi dei segni clinici di una malattia viscerale canstatabile (aortite, aneurisma, insufficienza aortica), o sotto forma di localizzazione gommosa, o di affezione generale del sistema nervoso.

L'infezione della moglie può avvenire in ogni momento, quando il marito presenti una delle manifestazioni contagiose della malattia, quindi: nei primi rapporti coniugali; tardivamente; può anche non avvenire mai. Non raramente la reazione di Wassermann e l'esame clinico negativo ci mettono innanzi ad un sifilitico che ha un aneurisma dell'aorta o una tabe, mentre la moglie è indenne da sifilide.

Se l'infezione della moglie avviene precocemente noi vediamo nell'aborto dal terzo al quarto mese l'indice fedele della lues comunicata. Al primo può tenere dietro un secondo, un terzo aborto; talora i primi aborti, senza cura alcuna, sono seguiti da parti a termine, con figli sani e con Wassermann negativa. Ne vedremo le ragioni. Ma l'infezione della madre può avvenire dopo parecchi anni dal matrimonio, pur avendo il marito contratta la lues prima. Le vecchie cronologiche classificazioni delle manifestazioni dell'infezione sifilitica nella realtà subiscono eccezioni molto frequenti, tali da minacciare la verità della regola, e, nei periodi tardivi, il sifilitico può avere manifestazioni contagiose, come placche mucose, del tipo delle secondarie e precoci, specialmente quando esso sia insufficientemente o irregolarmente curato. Si assiste allora allo strano fenomeno della prole sana nei primi prodotti del concepimento, e alla interruzione, con ripetuti aborti, nelle gravidanze successive.

La prole può essere tutta indenne da sifilide: i sifilitici ben curati e con ogni verosimiglianza guariti, non contagiano affatto la propria moglie e l'eredità della sifilide non si verifica. Ma non è necessario sempre che il genitore sia guarito dall'infezione spirochetica, perchè la moglie e la prole restino salvi dal contagio: è pure noto che in determinati soggetti e in periodi tardivi l'infezione si localizza in certi organi o colpisce soltanto determinati sitemi, senza dare più luogo a manifestazioni contagiose specialmente delle mucose. Potrà avvenire, per esempio, che in una famiglia in cui il genitore si sia da giovane contagiato di lues, la moglie e la prole siano esenti da lues, mentre un processo di arterite, di lenta o di rapida rovina del sistema nervoso (tabe, paralisi progressiva) si va svolgendo nell'organismo del padre. *Quando il genitore sia sifilitico, adunque, la sifilide congenita è legata alla eventualità dell'infezione materna.* Trascuro naturalmente la possibilità dell'infezione del nato nei contatti con il padre, perchè questa forma d'infezione appartiene alle lues da contagio comune.

2) *Madre sifilitica.* — Più chiara e più regolare nelle sue fatali conseguenze è la sifilide materna. Abbiamo visto che la prole contrae la infezione nell'utero materno, per via placentare. Tale è la regolarità della interruzione della gravidanza più o meno precocemente, che bisogna dire che lo spirocheta ha una predilezione particolare per il tessuto placentare.

Indubbiamente però dopo una serie di aborti, di parti prematuri, anche senza cure specifiche, le successive gravidanze possono essere condotte a termine. Quali le ragioni del fatto numerose volte constatato? Probabilmente la ragione non è unica, specialmente se si ha riguardo al fatto che talora i figli vivi nascono con stigmate sifilitiche e con reazione di Wassermann positiva, talora nascono invece sani e con reazione negativa. Per questi ultimi con ogni verosimiglianza bisogna pensare all'eventualità che i processi locali sifilitici possano per sè guarire e che nella concezione e durante la gravidanza del figlio nato sano, non vi siano state immissioni in circolo di spirocheti e quindi siano mancate quelle localizzazioni placentari alle quali è legata la trasmissione al feto. Ma sono queste delle eccezioni: d'ordinario, anche se a termine, il figlio di una donna sifilitica nasce sifilitico, quando essa non sia curata. Se dall'aborto si passa al parto prematuro e poi al parto a termine, probabilmente la causa va ricercata in processi d'indole immunitaria, che si determinano nell'organismo materno e che si trasmettono con verosimiglianza al feto. Il problema però rimane ancora aperto.

Che infine così si svolgano le cose è dimostrazione abbastanza chiara la statistica portata da Pfaundler (1). Su 100 gravidanze in sifilitiche, 56 raggiunsero il termine, 33 nati la fine del 1° anno di vita, 23 soltanto la pubertà.

Le manifestazioni della sifilide congenita assumono aspetti differenti a seconda della età nella quale esse compaiono: in linea generale si può dire che esse si presentano simili alle manifestazioni precoci nei neonati, alle manifestazioni tardive nell'infanzia e nelle età più avanzate. Non sono rare però le eccezioni, nè sono tutti d'accordo nella identificazione delle manifestazioni della sifilide congenita, per la difficoltà di distinguere nelle età più inoltrate la sifilide congenitamente ereditata da quella acquisita.

(1) PFAUNDLER. « Munch. Medizin. Wochen. », 5 Nov. 1918.

Nel feto i fatti patologici predominanti sono la infiltrazione dei tessuti ed alterazioni vasali, che conducono alla proliferazione dei mesenchimi e alla morte dei parenchimi. Naturalmente la morte del feto e l'aborto sono la conseguenza più comune. Qualche volta il feto vitale porta i segni esteriori della malattia; più spesso l'esame esterno del feto, nato vitale, nulla fa rilevare al momento della nascita; poi, rapidamente, nello spazio delle prime 8-12 settimane compaiono le manifestazioni. Però già nel feto vitale sifilitico lo esame clinico e radiologico dimostra esattamente lesioni viscerali ed osteocondrali che nella maggioranza dei casi possono esattamente essere interpretate come specifiche: così, per es., un tumore di fegato e di milza nelle prime settimane di vita, quando ancora nessuna infezione può spiegarne l'esistenza, sono testimoni di una lues congenita nell'80 % almeno dei casi.

Le manifestazioni *dopo la nascita,* prediligono i tegumenti esterni. Forse la ragione di una tale predilezione va ricercata nella funzione esagerata e nuova che i tegumenti sopportano dopo la nascita, sotto l'impulso di stimoli meccanici, termici, chimici, attinici, verso i quali erano difesi durante la vita intrauterina.

Le forme più comuni degli esantemi sono rappresentate dal penfigo, da eruzioni maculose, papulose, ulcerose. Kossowitz ed Hochsinger hanno descritto come caratteristiche manifestazioni della sifilide congenita una peculiare alterazione della pelle consistente in infiltrazioni diffuse, per le quali essa perde la sua elasticità naturale, e diviene così ruvida, che si rompe con facilità, lasciando aperta la via alle infezioni da germi banali.

Un'altra localizzazione particolare della sifilide, che conferisce alla figura del malato un caratteristico aspetto, e che lascerà le tracce per tutta la vita, è la mucosa nasale. La rinite sifilitica conduce a disturbi circolatori e nutritizi delle cartilagini e delle ossa nasali: seguono arresti nello sviluppo delle ossa e deformità, che hanno assunto nomi particolari, come naso a sella, camuso, ecc. Non sempre però la deformità nasale è la conseguenza della rinite, poichè talora, per la precocità della sua insorgenza, fa pensare alla diretta lesione delle ossa nasali.

Le localizzazioni ossee sono facilmente rilevabili con l'esame radioscopico, che mostra processi osteocondritici e periostali: specialmente in rapporto con la affezioni epifisarie sono le pseudoparalisi di Parrot.

Vere localizzazioni del virus nel sistema nervoso sono invece processi pachimeningitici, idrocefalici e neuritici.

Lo stato generale del bambino rapidamente ne risente dopo la nascita: la difesa immunitaria della madre, cessata con la nascita, ha notevole influenza anche sul bambino, che è assoggettato ad allattamento materno; ma si verifica in maniera più rapida e grave se l'allevamento è mercenario o artificiale.

Le manifestazioni nell'età più avanzata (lattante ed infanzia) somigliano di più a quelle della sifilide acquisita. Così si possono citare manifestazioni condilomatose ed esantemi a piccole papule. La sifilide congenita resta per qualche anno spesso latente, per manifestarsi poi nella prima infanzia sotto forma di localizzazioni gommose, nodose, ulcerose, come manifestazioni localizzate cioè, quasi che la sensibilità di determinati tessuti aumenti col tempo (ipersensibilità locale) e le localizzazioni guadagnando in intensità, perdano in estensione.

Una ultima parola deve essere dedicata a tutte *le forme degenerative* che sopravvengono nelle famiglie, nelle quali la lues congenita ha piantato le sue tende, mentre nelle generazioni precedenti nulla di tutto questo era accennato; insufficienze di tutti i generi, debole vitalità, mancanza di resistenza, infantilismo, debolezza mentale, gravi psico e neuropatie, cefalee resistenti anche alle più intense terapie specifiche.

La cura della lues congenita non dà, nelle mani dei medici moderni, mezzi e sistemi fecondi di soddisfazioni, quali hanno dato i mezzi recenti di indagine per chiarire la patologia della malattia.

Buoni resultati si hanno nella profilassi della sifilide congenita: una cura, istituita a tempo, prima della concezione del nuovo frutto, può evitare ed evita d'ordinario nuove concezioni sifilitiche. Così pure buoni resultati immediati si ottengono nella terapia delle manifestazioni precoci della lues congenita sotto forma di manifestazioni infiltrative, condilomatose, papulose.

Non egualmente ottimisti si può essere per l'avvenire di questi bambini, che la loro infezione hanno contratto nell'utero materno. La terapia sterilizzante si ottiene difficilmente ed a prezzo di numerose, costanti, intermittenti cure specifiche. Intanto la reazione di Wassermann si mantiene nel siero positiva a malgrado di ogni cura; nei casi nei quali si giunge ad una Wassermann negativa, Pfaundler si domanda se non convenga sollevare dubbi, e pensare ad una lues acquisita, più che congenitamente contratta. La cura naturalmente si riassume nel mercurio, nel salvarsan e nello joduro. La terapia non deve essere esclusivamente limitata ad uno di questi rimedi, ma razionalmente combinata e intermittente, perseguita per molti anni. La cura salvarsanica, neosalvarsanica incontra seri ostacoli

nella piccolezza delle vene; si trovano a tale proposito le più strane proposte come l'iniezione del rimedio attraverso la sutura sagittale. Mentre negli ospedali si potrà tentare l'iniezione attraverso le grosse vene del collo, nella pratica privata è più prudente limitarsi a praticare le iniezioni intramuscolari di neosalvarsan o meglio in corrispondenza della fascia lata (Wechselmann). Comunque eseguita, la cura della sifilide congenita, nei rispetti della sterilizzazione, è poco sodisfacente. La oculata attenzione del medico e il controllo della Wassermann diranno se e quando le cure specifiche potranno essere sospese o abbandonate.

2). SULLE AFFEZIONI SIFILITICHE DI ALCUNI ORGANI INTERNI. — Gli studi recenti sulla sifilide hanno chiarito la cronologia e la diffusione delle localizzazioni del virus negli organi interni. Fino a non molti anni fa, *la sifilide precoce* degli organi era un capitolo completamente chiuso alle nostre indagini. Noi assistevamo spesso al sorgere di una sintomatologia impreveduta, dopo che l'esame clinico di un paziente, nel quale covava la minaccia di un danno mortale, ci era riuscito completamente negativo. Le conoscenze attuali ci hanno fornito delle nozioni sul diffondersi dello spirochete, sulle predilezioni verso organi che esso suole colpire; gli stessi mezzi di indagine valgono a rivelarci infine il momento in cui lo spirochete è entrato in circolo, quali organi colpisce, se l'infezione persiste o è spenta.

Poichè le localizzazioni precoci a carico di alcuni organi interni decorrono spesso, come quelle della cute, senza disturbo subbiettivo alcuno, finchè l'*esame endoscopico* di alcuni organi non ci ha permesso di constatarle *de visu,* ci sfuggivano, coi mezzi comuni di esame per es. le lesioni vescicali, le lesioni rettali, laringee.

La *tecnica biologica,* per mezzo delle inoculazioni sperimentali, ci ha dato la possibilità di ritrovare gli spirocheti nel succo splenico, estratto con la puntura della milza ed inoculato nel testicolo del coniglio; ci permette di rilevare l'infezione della madre con l'inoculazione del latte nel testicolo del coniglio.

La reazione di Wassermann è prova che l'infezione si è generalizzata; secondo le vedute di Wassermann (1), anche prima che l'esantema cutaneo sorga, la positività della reazione del siero è sempre indizio della generalizzazione dell'infezione, alla quale i tessuti hanno reagito. E la reazione è tanto più preziosa se le manifestazioni cutanee non seguono, come non raramente, all'accidente iniziale. Quando la cura è istituita, e tutti i segni obbiettivi sono scomparsi, sì che noi clinicamente possiamo parlare di lues guarita, il persistere per lungo tempo di una reazione positiva, indica ancora che l'infezione non è spenta.

Secondo Citron (2) la *reazione di Herxheimer* può essere utilizzata non solo come segno della diffusione dell'infezione, ma della localizzazione addirittura del virus specifico. Così come nelle affezioni cutanee dopo piccole dosi di novoarsenobenzolo noi vediamo l'arrossamento e l'edema estendersi anche là, dove l'indagine clinica non rivelava lesione di sorta, quasi, per gli effetti sintomatici, come l'inoculazione di tubercolina in un caso di lupus, nelle lesioni del sistema nervoso e specialmente dei nervi periferici, tale reazione può essere una guida preziosa. In un caso di Fuchs l'iniezione di arsenobenzolo determinò il blocco del cuore, rivelando così una insospettata localizzazione dell'infezione.

Vedremo a proposito della sifilide del sistema nervoso quali vantaggi offra l'*esame del liquido cefalo-rachideo,* per la diagnosi di diffusione dello spirochete anche negli stadi, in cui nessun sintoma clinico fa sorgere il sospetto di localizzazione.

Per ordine di frequenza e d'importanza le localizzazioni nell'apparato cardiovascolare tengono un posto importante.

Cuore. — Disparati sono i pareri sulle affezioni precoci del cuore d'origine sifilitica. Molti autori sono d'accordo nel rilievo di disturbi funzionali che si accompagnano con le manifestazioni precoci della malattia: Fournier nota la bradicardia, la tachicardia, le aritmie e la constatazione è stata confermata da molti autori tra i quali si possono ricordare Grassmann, Renvers e Braun. La discordia è però nella interpretazione del fondamento anatomico sul quale i disturbi funzionali poggiano. Così Braun, Grassmann, Kopp e Greene sostengono che tali turbe funzionali sono legate ad alterazioni anatomiche precoci del miocardio, anzi essi pensano che anche l'endocardio ed il pericardio sono precocemente colpiti.

Citron crede invece, ed in ciò si appoggia al concetto antico di Fournier, che a base di tali disturbi siano transitorie stimolazioni dei nervi del cuore. Contro la lesione anatomica specifica del muscolo cardiaco e dei suoi annessi Citron porta validi argomenti: la mancanza di dati anatomopatologici veramente dimostrativi, che parlino di lesioni dimostrabili; qualche alterazione dimostrata non dà la spiegazione della sintomatologia presentata durante la vita: si tratta di focolai interstiziali infiltrativi di cellule rotonde le quali provengono dall'infiammazione dei piccoli vasi. La muscolatura del cuore vi partecipa

(1) WASSERMANN. « Deut. Mediz. Wochen. », 15 Agosto 1918.

(1) CITRON. « Mediz. Klinik. », n. 4, 1919.

quindi in seconda linea. Citron ha intrapreso da anni ricerche serologiche per stabilire quanta parte nelle miocarditi accertate possa prendere l'infezione sifilitica, e il numero nelle reazioni positive tra i miocarditici non è maggiore di quello che si trova in una serie di osservazioni prese su materiale non scelto, e che è da attribuire alle sifilidi ignorate o asintomatiche. Secondo Citron le affezioni miocardiche da sifilide precoce non possono essere frequenti, se le miocarditi in generale, anche quelle sicuramnte dovute a sifilide tardiva, sono per sè tutt'altro che frequenti.

In verità noi crediamo che il miocardio come tutti gli altri tessuti ed organi possano essere colpiti da localizzazioni precoci della malattia, e che quindi tra i cuori che danno scarsi disturbi, ve ne siano di quelli realmente colpiti nell'intima struttura, solo che la parte sintomatica non lascia per ora distinguere la vera affezione anatomica dal disturbo transitorio puramente funzionale. L'anatomia patologica nei casi di miocardite conclamata, difficilmente permette di riconoscere quello che è l'esito di una affezione precoce da tutte le lesioni infiammatorie degenerative terminali.

La possibilità di una endocardite (escludiamo naturalmente da questa categoria l'endocardite fetale) deve oramai essere abbandonata; la sifilide lascia sempre integre le valvole mitrali, che sono quelle con predilezione colpite, in tutte le affezioni endocardiche o croniche. Anche quando le valvole aortiche sono lese da sifilide, le mitrali sono risparmiate, nelle lesioni delle mitrali la indagine serologica ha dimostrato la indipendenza dall'infezione sifilitica.

Invece con una frequenza, che l'esperienza clinica oramai di giorno in giorno ingrandisce, le valvole aortiche sono colpite. La lesione valvolare, la quale determina l'insufficienza dell'aorta, non deve essere considerata come una endocardite, ma come la diffusione di una mesoarterite **specifica**.

La mesoaortite sifilitica può precocemente stabilirsi: secondo qualche osservazione anche appena durante il periodo delle manifestazioni secondarie. Certo i dati anatomopatologici e la conoscenza del decorso fanno pensare che la lues precocemente deva ledere l'aorta: nell'80-90 % delle insufficienze aortiche l'etiologia è nella sifilide. Ma la localizzazione *sulle valvole* è un avvenimento del periodo tardivo della lues: gli autori hanno indicazioni diverse e i limiti vanno dai 4 fino ai 20 perfino 40 anni dalla infezione contratta. Romberg (1), che trae le sue conclusioni su una serie di osservazioni, che costituiscono finora il più largo contributo clinico sull'argomento (278 malati), dice che i primi disturbi dell'aortite luetica sogliono cominciare in media dopo i 20 anni dall'infezione, al più presto dopo 4 anni al più tardi dopo 43 anni. La età media della vita in cui i pazienti mostrano i primi segni è verso i 50 anni, il più giovane dei suoi malati aveva 30 anni, il più vecchio 71 anni.

Almeno una percentuale doppia di aortiti si riscontra negli uomini, rispetto alle donne, ed il fatto oltre che con la più frequente infezione dell'uomo è forse in rapporto con le occupazioni e con le relative conseguenze di strapazzo vasale.

L'aortite specifica, secondo Romberg, deve essere sospettata in base ai seguenti sintomi capitali: dolore e senso di oppressione retrosternale, rumore sistolico sul focolaio dell'aorta, accentuazione e sonorità del 2° tono aortico, forte rilievo dell'ortodiagramma della parte sinistra e superiore dell'arco. I dolori a tipo di compressione, sono riferiti alla parte superiore dello sterno, con irradiazioni alle spalle, alle braccia, specialmente al sinistro, verso il collo, alla regione interscapolare. Seguono il più delle volte ai movimenti, o a copiosi pasti o libazioni, ma talora sono indipendenti dai movimenti e si possono presentare anche durante la notte.

Il rumore sistolico è forte ed acuto, ma non diviene mai così stridente come si può ritrovare nella stenosi aortica: si ascolta bene specialmente in posizione supina, nel primo o secondo spazio intercostale accanto allo sterno a destra. Il secondo tono forte squillante serve bene a differenziare questo rumore da quello della stenosi aortica, in cui il secondo tono è appena percettibile. Tale accentuazione esiste anche se la pressione è normale o più bassa, poichè è in rapporto con le modificazioni delle valvole, e con la dilatazione dell'arco che lo ravvicina alla parete toracica. Romberg afferma che in qualche caso l'accentuazione precede perfino la dilatazione dell'arco, constatabile radiologicamente, e costituisce il primo ed unico sintoma dell'affezione aortica.

L'allungamento e la dilatazione dell'arco è segno quasi costante, ma bisogna essere molto prudenti nell'apprezzamento delle piccole deviazioni dal normale. Le alterazioni acustiche si incontrano nei tre quarti dei casi, i dolori sono accusati dalla metà degli ammalati.

Partecipano all'aortite spesso le valvole, le arterie coronarie; si aggiungono non raramente in un periodo più avanzato le dilatazioni aneurismatiche della parete. In un terzo dei malati di Romberg si aveva insufficienza delle valvole aor-

(1) ROMBERG. « Munch. Med. Woch. », n. 45, 1918.

tiche, mai stenosi dell'aorta, nel 14 % si ebbero segni anginosi, ed in una percentuale simile comparvero i segni dell'aneurisma.

Indubbiamente difficile è talora la diagnosi differenziale tra i dolori provocati dall'aortite e quelli provocati dall'angina di petto. Non già quando sorgono i tipici accessi con senso di morte e tra gli accessi rimangono fenomeni dolorosi o tregue di benessere; ma sopratutto quando la angina assume forme atipiche e il dolore retrosternale diviene imponente e provoca delle accentuazioni critiche. Nella sintomatologia però si può non raramente analizzare la localizzazione, le diffusioni di predilezione, i caratteri degli accessi e, dopo una certa osservazione, si riesce a stabilire la diagnosi differenziale. Qualche volta l'aortite, col suo quadro doloroso, è seguita da accessi anginosi per diffusione del processo all'imboccatura delle coronarie.

Ma i criteri diagnostici divengono anche più scabrosi nella distinzione della natura di una insufficienza delle valvole aortiche, tra quella arteriosclerotica e quella sifilitica. Nessuno dei segni riportati da tutti gli autori (età, pressione sanguigna, stato delle arterie periferiche, carattere dei rumori cardiaci, dolori retrosternali, associazione della angina di petto ecc.), per sè vale a distinguere l'una dall'altra. Bisogna ricordare che l'associalzione e non la presenza di uno di questi segni conduce alla diagnosi; la reazione di Wassermann positiva o l'associarsi di un aneurisma sono caratteri di grande probabilità per la diagnosi di natura luetica.

Apparato digerente. — Abbiamo veduto che nella lues precoce si hanno sintomi funzionali il più delle volte transitori a carico del cuore: le ricerche di Neugebauer sullo stomaco dei sifilitici, con manifestazioni secondarie, fanno pensare alle grandi analogie che esistono tra i disturbi di questo organo e quelli del cuore, anche a proposito delle conseguenze di tale malattia. L'A. esaminando la funzionalità gastrica di 200 soldati malati di sifilide secondaria, ha trovato nel 60 % dei casi *ipoacidità* e nel 18 % di questi *anacidità;* nel 17 % invece esisteva *iperacidità.* Tali disturbi sono dall'A. riferiti in gran parte ad alterazioni del nervo vago, in piccola parte a probabili alterazioni dirette della parete dello stomaco. La sua ipotesi egli suffraga col ricordo che nelle crisi gastriche spesso si trovano alterazioni del vago. Citron vede addirittura degli equivalenti di crisi gastriche in tali turbe dello stomaco e ne dà riprova nel fatto che, dopo iniezioni di salvarsan, in tali malati insorgono disturbi gastrici di grande intensità e di breve durata (reazione di Herxheimer). Che il vago in verità possa essere colpito anche precocemente dallo spirochete, non contrasta con le nostre cognizioni generali sulla sifilide, le quali ci dicono come frequentemente ed in maniera latente i nervi cranici per esempio sono colpiti: basterà ricordare le paralisi dei nervi in seguito a piccole dosi di arsenobenzolo, paralisi le quali guariscono con cure più intense di Salvarsan; ma non bisogna dimenticare che i disturbi gastrici ed intestinali fanno parte dell'intossicazione arsenicale anche con piccole dosi di arsenico ed in individui non luetici, e che una certa tossicità il Salvarsan dimostra sempre come tutti i rimedi anche più squisitamente parassitotropi e non organotropi. Accertato il fatto, che Neugebauer ha messo in rilievo, la spiegazione ancora resta nel campo delle ipotesi ed attende ulteriore messe di argomenti e di reperti.

Numerose sono le statistiche che mettono in rilievo la frequenza della sifilide tra i malati di ulcera dello stomaco. Lang, Ewald, Fournier, Neumann trovano rapporti etiologici tra la lues e l'ulcera rotonda dello stomaco. Lang nel 20 % Ewald nel 10 % trovano dimostrazione di una esistente sifilide; Neumann attribuisce la formazione dell'ulcera ad una endoarterite obliterante. Una ulteriore considerazione dell'argomento con maggior copia di dati anatomici e serologici ci diranno se e quali siano i rapporti finora intravisti tra l'*ulcus rotundum* e la sifilide.

A proposito del *fegato* le moderne ricerche sulla sifilide hanno portato da un lato ad un reale progresso, dall'altro ad esagerazione nei rapporti etiologici tra sifilide e malattie epatiche: così è noto che le alterazioni epatiche, come Bauer, Pontano, ecc., hanno constatato, determinano spesso un aumento del potere anticomplementare del siero di sangue, per cui si hanno facili, parziali ed anche totali deviazioni del complemento. A molti ricercatori, che, senza critica eccessiva, hanno voluto applicare i resultati della reazione di Wassermann per dilucidare l'etiologia delle affezioni epatiche, è sembrato che molti casi di ittero, di lesioni croniche del fegato (cirrosi, cirrosi splenomegaliche, ecc.) potessero interpretarsi come sifilitiche in virtù di un tale resultato. Essi evidentemente hanno dato eccessiva importanza ad una reazione che nel caso particolare doveva essere considerata come causa di errore: sarebbe lo stesso che volere scoprire le cause delle splenamegalie con la reazione di Wassermann, e non tener conto che nei malarici la reazione può dare risultati positivi anche quando lues non esiste. D'altra parte il reperto delle spirochete ha gettato uno sprazzo di luce sull'origine di alcune *atrofie gial-*

lo acute, finora ritenute come una malattia a sè di oscura origine. Tale sindrome morbosa, invece che può esse l'episodio finale di un grave attacco al fegato. Talora, dopo le ricerche moderne, è stata riscontrata come la conseguenza della localizzazione spirochetica, e non solo della pallida ma di altre spirochete come quella di Inada ed Ito, o ictero-aemorragica.

Perchè però la prudenza renda oculati coloro che troppo facilmente vogliono arrivare a conclusioni, bisogna ricordare che dai fegati di atrofie giallo acute si possono perfino ottenere ottimi antigeni per l'esecuzione della reazione di Wassermann.

(*Continua*)

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

L'interpretazione di un'analisi d'urina.

(CH. FIESSINGER. *Traitement médical des maladies des reins*).

Senza seguire alcuna speciale precauzione di regime, senza tener conto del peso degli alimenti ingeriti, l'ammalato fa eseguire un'analisi di orina, detta completa.

Il medico prende il foglietto, guarda se vi è zucchero ed albumina: il resto gl'interessa molto meno, ed a giusta ragione. L'analisi gli fornisce un bilancio di eliminazione, ma non gli dice nulla a riguardo delle entrate. È come se nella vita corrente si giudicasse il patrimonio di un individuo dal lusso delle spese!

Per aver valore, detta analisi dovrebbe prima essere preceduta da un regime alimentare fisso, seguito per parecchi giorni, pesando rigorosamente tutti gli alimenti. Pochi ammalati si sottopongono a tale prova; la maggior parte ne fa senza, soddisfatta di vedere tutte quelle cifre, che dànno un'apparenza di certezza scientifica e sembrano svelare i secreti misteri della nutrizione.

Il medico, oltre agli elementi estranei, glucosio ed albumina, potrebbe avere, dalle cifre d'analisi, secondo alcuni, un indizio sul ricambio: ma si tratta di nozioni di importanza secondaria, meglio messe in luce dalla clinica.

Esaminando partitamente i singoli risultati analitici, l'A. osserva quanto segue:

La *reazione*, normalmente acida, diventa alcalina nelle infezioni delle vie urinarie ed anche, per fermentazione, nello stesso vaso, che contiene l'urina.

La *densità* (1018 in media) aumenta nel diabete zuccherino e nelle malattie acute, per diminuire nelle crisi urinarie della convalescenza, nelle nefriti croniche, ecc.

I *cloruri* sono in relazione con la quantità di cloruri dell'alimentazione: se ne elimina una media di 12-15 gr. al giorno, cifra che, con la restrizione totale, si abbassa a 2-4 gr. Diminuiscono nelle infezioni acute, nelle nefriti con edemi, nelle oligurie d'origine cardiaca; aumentano nella convalescenza delle infezioni, nel riassorbimento degli edemi.

Per i *fosfati*, il medico già si accorge della loro eliminazione in eccesso, per l'aspetto biancastro dell'urina; talvolta però, se l'urina è acida, i fosfati, anche se in eccesso, rimangono in soluzione.

Clinicamente la fosfaturia è prodotta, nella gran maggioranza dei casi, da una dispepsia nervosa con iperstenia gastrica, che spesso precede la tubercolosi polmonare.

In tal caso il trattamento più che altro deve mirare al disturbo gastrico: preparazione a base di bismuto, belladonna a piccolissime dosi, iniezioni ricostituenti.

Frequente è la fosfaturia nei neuro-artritici, che risentono vantaggio dall'uso di acque solfato-calciche.

Importante è pure il diabete fosfatico di Teissier. In altre malattie (osteomalacia, rachitismo) la cifra dei fosfati non getta alcuna luce sull'argomento.

In un'urina normale, il peso dell'acido fosforico è circa 8 % di quello dell'urea.

Poca importanza avrà per il pratico la cifra dei *solfati* che aumentano con il regime carneo: i solfoconingati aumentano con l'intensità delle fermentazioni intestinali.

Anche l'*ammoniaca* non ha grande significato: il suo aumento, con diminuzione dell'urea, indica una lesione della cellula epatica; anche in tal caso vi sono segni più sicuri che guidano il medico.

Grande importanza si è data all'*acido ossalico*; al suo eccesso nel sangue, si sono attribuiti parecchi disturbi. La quantità infinitesima in cui si trova nel sangue sarebbe un argomento contro tale teoria che attribuisce all'acido ossalico la causa di questi disturbi; è più probabile invece che l'ossalemia sia l'effetto, p. e. dei disturbi dispeptici.

L'*urea* varia essenzialmente con il regime alimentare, aumenta con quello carneo, diminuisce con quello vegetariano; diminuisce altresì nelle malattie di fegato, nel carcinoma gastrico, nella insufficienza renale, però non costantemente: le variazioni maggiori dipendono dal regime.

La stessa riserva va fatta per l'*acido urico*.

La credulità e la buaggine umana hanno sempre avuto bisogno di un feticcio; in materia d'analisi

d'urina, l'acido urico ne fornisce uno notevole. Esso ha un'origine esogena (purine alimentari), o endogena (modalità di attività cellulare): in entrambi i casi deriva dalla trasformazione delle nucleine, che entrano nella composizione dei nuclei cellulari. D'altra parte anche gli alimenti, che contengono purine, non sono per forza nocivi; le animelle di vitello sono poco nocive perchè sono ben digerite, l'insalata invece, pur non contenendo purine può provocare disturbi digestivi, ed in tal modo aumentare l'acido urico.

Per interpetrare il valore della sua eliminazione, occorre cominciare ad eliminare ogni purina dalla dieta, poi, quando l'acido urico ha raggiunto una cifra fissa, e si è avuta un'idea della sua formazione endogena, si aggiungerà una quantità fissa di purine, notando le successive modificazioni.

Tutto ciò non è molto comodo nè spiccio; e noi saremo destinati a vedere ancora per diversi anni, la *réclame* dell'uomo che si dibatte fra le tanaglie dell'acido urico.

Le idee false, che hanno preso possesso della mentalità pubblica, resistono a lungo ad ogni smentita dell'esperienza; ed i nostri ammalati, convinti, continueranno a fissare la loro attenzione sull' eccesso di acido urico, loro rivelato dalle analisi.

Dai *coefficienti urologici* si possono trarre deduzioni pratiche, le quali, per essere giuste, esigono una grande precisione di analisi, ciò che fa difetto nella pratica corrente. Importanti fra essi sono:

a) il *rapporto azoturico* (urea: azoto totale, normalmente 81 %), aumenta nell'attività degli scambi nutritivi, diminuisce quando questi rallentano e nei casi di nefrite cronica. Sarebbe però imprudente diagnosticare solo su questo segno la insufficienza renale, che viene meglio riconosciuta con metodi più precisi (dosamento dell'urea nel sangue: costante di Ambard). Il *coefficiente di demineralizzazione* (rapporto delle sostanze minerali alle sostanze fisse, normalmente 32/100) si eleva in molti stati dispeptici, nella tubercolosi, nel diabete: quando sale oltre i 40, il medico ha un buon elemento terapeutico nell'arsenico (4 mgr. e non più di arseniato di sodio, al giorno, eventualmente per via ipodermica, se l'ammalato digerisce male).

Quanto ai *pigmenti*, quelli biliari rivelano un processo di insufficienza epatica.

L'*indacano* indica processi di fermentazione digestiva e consiglia l'uso di lassativi nei costipati e di preparati di bismuto nei soggetti che digeriscono male.

La determinazione dal *punto crioscopico*, circondata da tante cause d'errore, non ha per ora alcun significato pratico.

Elementi anormali. — Con mezzi semplici si possono ottenere risultati abbastanza significativi; l'aggiunta all'urina di *acido nitrico* versato lungo le pareti di un bicchiere conico, rivela l'albumina (anello bianco al punto di contatto), un eccesso di urati (anello nella parte superiore, che scompare mettendo il bicchiere in acqua calda), un eccesso di urea (precipitato biancastro al fondo, che si discioglie mettendo il bicchiere in acqua calda), del pus (aumento di torbidezza dell'urina), della bile (pigmento verdastro).

Col *riscaldamento* l'urina s'intorbida sia per albumina, sia per fosfati; in quest'ultimo caso, ridiventa limpida, aggiungendo qualche goccia di acido nitrico. Con il liquido di Fehling si accerterà la presenza di glucosio, ricordando che anche gli urati e l'acido ossalico possono ridurre il liquido, specialmente durante il raffreddamento. Dalla riduzione del liquido di Fehling non si deve concludere per il diabete; può trattarsi di semplice glicosuria alimentare, o sintomatica di accidenti cerebrali; gli obesi, i neuro-artritici, hanno spesso delle quantità passeggiere di glucosio (5-15 grammi); lo stesso accade nei bambini neuro-artritici. Inoltre i medicamenti balsamici (copaive, trementina), possono produrre reazioni simili al glucosio. In tutti questi casi, si metterà l'ammalato a regime, ripetendo poi l'analisi.

Con *l'esame microscopico* si svelano specialmente il sangue, il pus, i cilindri; per quanto riguarda i globuli bianchi, occorre tener presente che se ne trovano in tutte le urine, come pure si trovano nell'urina femminile dei lembi endoteliali, provenienti dai genitali esterni.

Scarsa importanza ha la ricerca dei cilindri; o essa e negativa, sebbene esista certamente una nefrite, oppure è positiva e la nefrite, già diagnosticata per altri segni, non ha bisogno di questo per essere confermata; ciò si deve dire specialmente dei *cilindri jalini*, che, al pari dell'albumina, hanno un significato assai indeciso. I *cilindri mucosi* indicano un catarro del calice o del bacinetto; quelli *ematici* annunciano una congestione renale, che il reperto del sangue aveva già fatto prevedere. Quelli *epiteliali* rivelano che l'infiammazione si trova nelle vie d'escrezione (bacinetto, uretere); quelli *colloidi* partono da una lesione dei tubuli contorti. I più importanti sono i *cilindri granulosi*, che dimostrano la compartecipazione del tessuto nobile renale; se però essi sono rari, ci si guarderà da conclusioni affrettate. Quanto ai *cilindri granulo-grassi* sono dovuti a lesioni avanzate; gli ammalati, che li eliminano, sono da considerarsi in condizioni gravi.

fil.

MEDICINA.

Il decorso del tifo nei vaccinati.

(Dottor GERHARD LEHMANN. *Medizinische Klinik*, 20 luglio, n. 29).

L'A. riferisce i dati desunti da osservazioni eseguite su 80 malati di tifo addominale ricoverati in un lazzaretto della fronte occidentale durante il primo periodo della guerra mondiale (1914-1915). — Tutti gli infermi, pei quali la diagnosi di tifo fu posta in base a criteri inoppugnabili, erano stati vaccinati tre volte e furono scelti in modo che dall'ultima vaccinazione all'inizio della malattia fosse trascorso un periodo di tempo non inferiore ai trenta giorni e non superiore a 110 giorni (in media 52,8) onde evitare di tener conto di quei casi in cui l'infezione si fosse eventualmente manifestata durante la così detta fase negativa.

La malattia decorse lievemente in 20 casi, presentò media gravità in 25, fu grave in 28 e infine in 7 offerse il quadro clinico di una grave tossiemia. I decessi furono 12 pari a 15 %.

I casi lievi presentarono due sindromi cliniche distinte. L'una, simile a quella di un'infezione tifoide di media gravità, si differenziava da questa solo per gli scarsi sintomi subbiettivi, per la limitata durata della febbre (da 16 a 20 giorni) e per la mancanza assoluta di sintomi da parte del sistema nervoso. L'altra era caratterizzata dalla straordinaria brevità del decorso contrastante coll'inizio grave e talora minaccioso della malattia. L'A. insiste sulla difficoltà diagnostica che presentarono i casi appartenenti a questa seconda categoria specialmente quando gli infermi vennero ospedalizzati tardivamente: difficoltà dovuta al precoce dileguarsi dei sintomi caratteristici della malattia e allo scarso valore che, secondo la sua opinione, può darsi ai risultati della reazione di Widal nei vaccinati. Talora giovarono per la diagnosi l'accurato conteggio dei globuli bianchi e una esatta determinazione della formula leucocitaria. Il passaggio, in un infermo che entra in convalescenza, dallo stato di leucopenia allo stato di leucocitosi, come pure la comparsa di eosinofilia e di linfocitosi relativa deporrebbero in favore della diagnosi di tifo.

I casi gravi e di media gravità furono complessivamente 53 e in essi la sintomatologia clinica fu quale di solito si osserva durante le cumuni epidemie tifoidee in individui non vaccinati. Anche le complicazioni non offrirono particolarità degne di nota sia per la frequenza che per la qualità e la gravità. In cinque casi comparvero, in seguito a piccoli sforzi, e senza che esistessero alterazioni del polso, improvvise, minacciose manifestazioni di debolezza cardiaca. Si ebbero inoltre in due casi pleurite, in 4 casi polmonite, in un caso empiema, in tre casi emorragie gravi, in un caso peritonite da perforazione, in quattro casi tromboflebite, in due casi parotite suppurativa con orchite, in due casi otite media, infine in 7 casi ascessi multipli, insorti senza apparente causa esterna, dal cui pus vennero coltivati germi vari (streptococco, stafilococco, tetrageno, ecc. ecc.). Vennero poi osservate ricadute in 7 malati e recidive in 11. Di questi ultimi 7 recidivarono una sol volta, 3 due volte ed 1 tre volte. Le recidive comparvero in generale tardivamente (intorno al 29° giorno) e durarono allo incirca 5 giorni. In tutte costantemente vennero osservati il tumore di milza, la roseola e la batteriemia.

Particolare interesse offrirono le forme così dette tossiche le quali, per la loro gravità causarono nell'acme dell'epidemia in alcuni reggimenti una mortalità del 50 %. L'A. ne osservò 7 casi. La malattia esordisce per lo più bruscamente con brivido e vomito e presenta fino dall'inizio i sintomi di una grave affezione. Il capo ripiegato all'indietro con evidente meningismo, le labbra secche, leggermente cianotiche, retratte in modo da lasciare scoperta l'arcata dentaria superiore, la lingua secca, fuligginosa e sporta con tremori, il viso privo di espressione conferiscono agli infermi l'aspetto di malati estremamente gravi. La frequenza del polso è molto aumentata, anche in assenza di complicazioni, e la febbre altissima — in un caso raggiunse i 42°,3 — presenta solo lievi e incostanti remissioni mattinali. Le urine sono ricche di albumina, le feci, diarriche fino dall'inizio, ben presto non possono più essere contenute e lo stato generale deperisce in modo rapido e impressionante. Gli infermi, in uno stato di subcoscienza, rispondono solo alle domande più volte ripetute e la loro favella è difficile, strascicata, incerta. Altri mostrano una tragica euforia e soltanto i movimenti incessanti delle mani, e il mormorare e il parlare durante il sonno attestano dei gravi disturbi del sistema nervoso. Altri infine cadono, 24 e anche 48 ore prima della morte, quasi sempre determinata dalla debolezza cardiaca, in uno stato di coma profondo.

Di 80 malati 12 vennero a morte (15 %) e di questi ben sei, vale a dire il 50 % erano stati colpiti dalla forma tossica. Gli altri morirono in seguito a complicazioni, e precisamente due per polmonite, due per profuse enterorragie, uno per empiema e uno per peritonite. Di tutti venne eseguita la autopsia. Nei morti per tossiemia, corrispondentemente al quadro clinico si riscon-

trò un quadro anatomo-patologico costante. E precisamente: non eccessivamente gravi alterazioni dell'intestino; cuore dilatato o ipertrofico; lieve ipostasi polmonare senza focolai pneumonici; milza ingrandita e molle; piccoli ascessi in organi diversi; tutte le alterazioni insomma che si riscontrano ordinariamente nelle infezioni gravi.

In tutti gli infermi osservati vennero eseguite ricerche batteriologiche e serologiche a scopo diagnostico.

La emocultura, mediante l'arricchimento in bile diede in quasi tutti i casi esito positivo pel bacillo del tifo. La reazione di Gruber-Widal per contro, quantunque ripetuta per alcuni malati tutti i giorni e per altri a giorni alterni non fornì dati costanti e, specialmente in quei casi in cui non riuscì la dimostrazione del bacillo nel sangue, diede risultati difficilmente utilizzabili per la diagnosi.

L'A. rileva che, come è noto, il siero dei vaccinati sani può presentare, anche parecchi mesi dopo la vaccinazione, un valore agglutinante per il bacillo del tifo assai elevato (fino a 1 : 800 secondo Bürgers) e che in conseguenza le comuni ricerche con diluizioni del siero fino a 1 : 400 sono, nei vaccinati, prive di qualsiasi valore diagnostico. Era presumibile che, sommandosi le agglutinine provocate dalla vaccinazione e quelle provocate dalla malattia, si dovessero riscontrare nei malati di tifo, precedentemente vaccinati, valori agglutinanti molto elevati. Ma i risultati delle ricerche dell'A. non corrisposero all'aspettativa in quanto che, accanto a sieri dotati di valore agglutinante elevato (1 :2000; 1 :3000), se ne trovarono molti altri con valore agglutinante non superiore a quello che comunemente si riscontra nei sani vaccinati. Anche il tempo più o meno lungo che può trascorrere tra la vaccinazione e l'insorgenza della malattia non sembra esercitare influenza sulla formazione di una minore o maggiore quantità di agglutinine. In generale, secondo l'opinione dell'A., un valore agglutinante del siero che rapidamente decresca, come pure un valore agglutinante inizialmente molto alto deporrebbero in favore di una diagnosi di tifo.

Concludendo l'A. afferma che anche negli individui vaccinati tre volte può manifestarsi il tifo addominale il quale, ad onta della vaccinazione, non solo può dar luogo alle varie complicazioni che si manifestano nei non vaccinati, ma anche provocare la morte per la gravità stessa della infezione. Tuttavia le osservazioni eseguite sono troppo limitate per permettere un giudizio definitivo sul valore profilattico della vaccinazione antitifica. F. M.

CHIRURGIA.

Sulla natura e sul tr.ttamento dello shock chirurgico.

(STARLING E. A. *Arch. méd. belges*. Dicembre 1918).

Starling crede che il fattore essenziale nello shock non complicato da emorragia sia il ristagno del sangue della circolazione generale nei capillari dilatati. Procedendo per via di esclusione bisogna pensare che questi siano i capillari muscolari. Tutti gli altri sintomi obbiettivi dello shock sono secondari a queste turbe circolatorie. Questo si spiega col fatto, che gli uomini in combattimento, si trovano in uno stato di grande eccitamento al quale va congiunto un alto grado di tonicità muscolare e arteriosa. La prova di ciò si ha misurando la pressione sanguigna dei soldati in trincea: è sempre più di 20 mm. di mercurio più elevata di quella dei soldati nelle retrovie. L'A. ritiene che questa elevata pressione sia accompagnata da una aumentata produzione di adrenalina da parte delle capsule surrenali.

Al momento del ferimento l'individuo, dunque, si trova in questo stato di tensione nervosa con costrizione vasale generale e ipertensione. Questo stato di cose probabilmente si accentua ancora al momento del ferimento per la forte stimolazione alla quale vengono sottoposti i nervi sensitivi. Ma allo stesso tempo producendosi un rilasciamento di tutti i muscoli striati, si ha un elevato tono vasale, con tono muscolare rilasciato; viene così ad essere abolito uno dei grandi fattori che mantengono la circolazione nelle masse muscolari. Il sangue quindi ristagna e i capillari si dilatano, si produce un fenomeno di intercettazione. Segue una diminuzione dell'afflusso di ossigeno dalla quale risulta un'acidosi locale. Il risultato finale è sopratutto: deficiente ritorno di sangue al cuore e una deficiente circolazione. I tessuti, privati del loro nutrimento, producono acidi fissi, invece di CO_2 e quindi si ha una diminuzione della riserva alcalina dell'economia.

La dilatazione dei capillari deve quindi essere considerata come il fattore primitivo ed essenziale dello shock.

Lo shock è perciò piuttosto uno stato di iperstimolazione che di paralisi.

Gli eccitanti, come l'adrenalina e la stricnina sono controindicati; di grande utilità è invece la morfina. Per rialzare la pressione si può ricorrere alla trasfusione o meglio ancora, alle flebo- o ipodermoclisi di soluzione fisiologica, o di una

soluzione contenente il 2 % di bicarbonato di sodio per combattere l'acidosi e il 5 % di gomma arabica per rendere il liquido più difficilmente diffusibile attraverso le pareti vasali. Di questa soluzione se ne possono iniettare 500 centimetri cubi.

M. A.

SIFILOGRAFIA.

Metodo abortivo contro la sifilide per mezzo delle iniezioni di arsenobenzoli.

(FOURNIER e GUENOT. *Presse médicale*, n. 55, 1º ottobre 1919, p. 554).

L'esperienza di Magian, il quale essendosi volontariamente inoculato l'essudato di un sifiloma iniziale, si fece fare, poco meno di una ora dopo, una iniezione endovenosa di 60 cgr. di arsenobenzolo e restò immune dall'infezione, richiama l'attenzione sul quesito già sollevato dal Brocq e che può essere così formulato: Conviene sottoporre al trattamento arsenicale endovenoso, nella speranza di fare abortire una sifilide probabile o semplicemente possibile, un soggetto sano che abbia avuto da poco rapporto con persona affetta da lesioni contagiose?

L'auto-osservazione del Magian può essere considerata come una prova sperimentale affermativa a cui gli autori vogliono aggiungere delle prove cliniche basate sull'osservazione di un certo numero di casi,

Essi hanno per lo spazio di quattro anni sottoposto alle iniezioni endovenose quaranta donne le quali avevano avuto, qualche giorno o qualche settimana prima, rapporti sessuali con soggetti sifilitici portatori di lesioni genitali contagiose (sifilomi, placche mucose). In questi malati era stata constatata la presenza dello spirochete all'ultramicroscopio e la Wassermann era stata riscontrata positiva in tutti, meno quattro o cinque nei quali l'accidente iniziale datava da meno di dieci giorni.

Le donne erano tutte esenti da lesioni sospette, con amannesi negativa e Wassermann negativa del pari. La maggior parte di esse aveva trascurata ogni cautela per diminuire il pericolo del contagio, anzi li aveva aumentati con rapporti sessuali più volte ripetuti. È da notare che altre cinque donne che in queste condizioni si erano rifiutate ad ogni trattamento furono colpite da sifilide dopo il consueto periodo d'incubazione.

Le quaranta donne, che accettarono di sottoporsi al trattamento, fecero da 4 a 6 iniezioni endovenose di arseno-benzolo o di neo-arsenobenzolo o di luargol o di disodo-luargol.

Le dosi totali iniettate furono deboli (1 gr. a 1 gr. e 20 d'arsenobenzolo; 1 gr. e 20 a 2 gr. di neo-arsenobenzolo; 0 gr. 65 a 1 gr. di luargol), anche in quelle che avevano avuto rapporti sessuali recenti (0 gr. 60 d'arsenobenzolo in due iniezioni; 0 gr. 40 e 0 gr. 45 di luargol in 4 iniezioni). In nessuna di esse si ebbero accidenti degni di nota.

In tutte le donne così trattate non si osservò mai la comparsa di accidenti sifilitici, sia pure minimi e la Wassermann, praticata quattro o cinque volte nello spazio di due-tre mesi, è stata sempre negativa. Una ventina di esse sono state seguite per circa 3 anni senza che mai si potesse riscontrare traccie di sifilide sia dal punto di vista clinico che da quello sierologico. In una, che al momento del probabile contagio era incinta di tre mesi circa, la gravidanza procedè regolarmente con parto regolare e bambino sano del peso di 3 kilogr. e 500.

Dall'insieme di questi casi gli autori traggono il convincimento che, in tesi generale. il trattamento con l'arsenobenzolo o i suoi derivati, applicato nel periodo di incubazione, sia capace d'impedire in modo definitivo la comparsa della infezione. Ciò non dovrebbe sorprendere quando si consideri l'energica azione di questi preparati sulle lesioni superficiali della sifilide con la rapida scomparsa dei treponema e se si ammette, come taluni fanno, che essi possono dare la guarigione della malattia quando il sifiloma si è appena presentato, senza contare i casi di guarigione ottenuti in un periodo ulteriore, ad infezione già generalizzatasi. Ed è logico il pensare che il medicamento debba essere tanto più efficace quando agisca in un periodo in cui il parassita non abbia potuto ancora moltiplicarsi, anche se le dosi impiegate non sono troppo forti.

Con tutto ciò si può concludere senz'altro che l'aborto della sifilide si debba sempre realizzare per mezzo degli arsenobenzoli iniettati nel periodo d'incubazione? Ed in tal caso bastano le deboli dosi adoperate dagli autori nelle loro esperienze cliniche?

Entra qui in campo la questione, ancora insoluta, della arseno resistenza. In realtà si conoscono casi in cui l'azione di questi medicamenti sulle manifestazioni sifilitiche, specialmente di quelle mucose, sembra essere nulla o poco meno. Si tratta qui di stipiti normalmente poco sensibili ai composti arsenicali, o piuttosto di razze già abituate all'arsenico e divenute quindi arsenico-resistenti, oppure l'inazione terapeutica degli arsenobenzoli devesi attribuire per la maggior parte ad un particolare chimismo dell'organismo malato? Solo l'avvenire potrà chiarire questi dubbi: ma in conclusione i risultati ottenuti sembrano agli autori tali, da permettere di consigliare il

trattamento abortivo con le iniezioni di arsenobenzolo nel periodo d'incubazione tutte le volte che si abbiano ragioni fondate di credere alla possibilità di un contagio, e non limitandosi alle dosi deboli usate nei loro esperimenti ma raggiungendo almeno quelle di 2 gr. a 2 gr. 50 di neo-arsenobenzolo in 6–8 iniezioni.

Questo metodo, applicato sistematicamente nel periodo d'incubazione presunto, dovrebbe essere, secondo gli autori, destinato a diventare un elemento assai importante di profilassi sociale nella lotta contro la sifilide.

V. MONTESANO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Su di un metodo originale per la riduzione delle emorroidi procidenti, come contributo alla cura incruenta di esse.

per il dott. FRANCESCO GRANDE.

Le sofferenze che producono le emorroidi esterne si debbono in gran parte attribuire alla procidenza di esse fuori dell'orifizio anale, e lo spasmo, che accompagna tale stato, contribuisce al maggior ristagno e talvolta al maggiore strozzamento di circolazione con tutte le concomitanti erosioni emorragiche, ragadi, secrezioni speciali... Veramente la replezione vasale e la consecutiva difficoltà del discarico venoso inducono speciali alterazioni nelle vene e son la causa prossima delle emorroidi. La predisposizione individuale e le altre cause occasionali di ambiente, di vita e di abitudini contribuiscono alle manifestazioni più o meno precoci ed imponenti. Intendo qui riferirmi alle emorroidi idiopatiche non legate ad ostacoli da compressione, iperemia da stasi negli organi addominali, aumentata vis a tergo; la rimozione di queste cause o l'influire anche indirettamente su di esse significa far la cura causale, sempre che la parete vasale sia rimasta integra. Io voglio accennare a due fattori locali importantissimi, che, secondo me, non mancano quasi mai nella genesi delle emorroidi: La stitichezza e la forza di spinta, per contribuire colla modesta esperienza personale ad alleviare grandemente il sintoma dolore col senso di stiramento e di bruciore, che si determina nel retto dopo la defecazione. Tale contributo del tutto originale, mi affretto a dirlo, è la riduzione indolore rapida delle emorroidi procidenti coll'applicazione della cura pneumatica, come dirò in seguito.

È risaputa la grande facilità con cui si determina negli emorroidarii la fuoruscita di tumoretti nell'atto della defecazione; questi tumoretti, che mi risparmio di descrivere, nei dettagli, sono quelli, che costituiscono le emorroidi esterne e quando non sono infiammati, si afflosciano e rientrano nel retto: Hanno diversa forma e colorito; le alterazioni che vi si riscontrano son quelle delle vene, come si trovano in ogni varice; può aversi in casi classici la fusione di essi per rottura di tuniche di diversi capillari venosi e formarsi un tessuto cavernoso, che corona e deforma l'orifizio anale.

La forza di spinta nel ponsare determinando aumento nella pressione endoaddominale e consecutiva tensione nelle vene emorroidarie li inturgidisce, mentre il bolo fecale poi meccanicamente trascina questi tumoretti ingorgati e li rende procidenti. Di qui peso, contrazione spasmodica dell'elevatore dell'ano e dei muscoli sfinterici con sensazione spiacevole di corpi estranei attorno all'ano, con più o meno forte tenesmo, come se l'intestino volesse evacuare. Falsa sensazione questa, che costringe l'individuo a premersi maggiormente per eliminare il supposto bolo fecale, ciò che poi si ripercuote con maggiore tenesmo ed in maggior tensione delle emorroidi, stabilendo così un circolo vizioso. Utile pratica nel limitare la fuoruscita dei tumoretti emorroidarii e perciò l'abbandonare la defecazione alla sola forza peristaltica dell'intestino senza fare, come è nelle abitudini dei più, pressioni concomitanti per accelerare l'uscita del bolo fecale; anzi deve porsi ogni studio a reprimere la forza di spinta quasi a trattenersi, e ciò, ripeto, mentre la peristalsi agisce naturalmente spingendo. Solo in caso di atonia o inerzia intestinale viene a mancare un fattore importante al successo, ma allora basta risvegliare opportunamente il tono di contrattilità dell'intestino; mai però tale stimolazione a mezzo di purganti. Questi rappresentano la sferza dell'intestino, che, mentre danno un risultato immediato, finiscono poi per esaurirne l'attività ed irritare la mucosa rettale con consecutivo ingorgo venoso. La stitichezza, che ordinariamente accompagna l'emorroide, bisogna pur vincerla, come quella che riesce ad aggravare la stasi ed a produrre tossine irritanti e deleterie all'organismo. Non mi perderò qui a ripetere tutti i mezzi per combattere la costipazione; è risaputo che ogni soggetto è da studiare per risalire alla causa che determina il ristagno fecale e a secondo di essa regolarsi: vi sono però delle pratiche speciali abbastanza efficaci: a parte il sistema di vita, certo il coltivare lo stimolo intestinale, che si affaccia a determinate ore, è pratica da non trascurarsi. Alcuni precetti igienico-dietetici; come l'alimentazione a prevalenza di frutta, la zuppa di prugne, le marmellate, certe sostanze ricche

di cellulosa o di olii grassi, fanno gran bene; mentre le carni, i vini, le salse, i cibi che contengono sostanze astringenti, sono da proscriversi.

Alcuni, e non a torto, vantano certe pratiche speciali: Il massaggio, opportunamente fatto, risveglia immediatamente lo stimolo, così l'enteroclisi, l'idropinoterapia, specie a digiuno, il flecterismo, la cura dei fermenti, sono tutti mezzi innocui per quanto efficaci in determinati casi per combattere la stitichezza e nello stesso tempo le emorroidi, poichè tra stitichezza ed emorroidi vi è corrispondenza morbosa e difficilmente si vedono emorroidi senza stitichezza.

Venendo al trattamento curativo delle emorroidi, prima di esporre il mio metodo speciale, mi piace qui accennare che non vi sono specifici per tale affezione, poichè essendo multiformi le cause che le determinano, un rimedio solo mal si adatterebbe ad esse e la manifestazione locale non può esser influenzata che da una forza agente su di esse per la riduzione. I rimedii decantati nelle quarte pagine di giornali, sono formole farmaceutiche innocue, talvolta dannose; ne ho sempre prescritte, senza risultati; la panacea è lunga e forma la fortuna di chi meglio la sa imporre a colpi di reclame.

Bisogna, però, pur convenire, che alcuni di questi specifici, a base di rimedii ad azione elettiva, agiscono favorevolmente su certe forme di emorroidi legate ad alterazioni cardiache, epatiche, ecc.

La cura chirurgica rappresenterebbe l'ideale in seguito alle perfezioni di tecnica raggiunte, perchè pare curi radicalmente, asportando le vene varicose, ma non apportando modificazioni alla causa, che ha dato origine all'emorroide, dopo dieci o dodici anni tutt'al più, riproduce l'inconveniente. Di ciò ho personale esperienza.

La cura che è stata oggetto di speciali mie ricerche certo non ha il merito di agire sulle diverse cause determinanti, ma si propone di ovviare alla manifestazione in atto con i sintomi più molesti delle emorroidi. Debbo confessare che i casi avuti in cura non sono stati finora numerosi, ma debbo presto aggiungere che in tutti si ottenne il risultato soddisfacente, per il principio scientifico su cui si basa il metodo: Influire cioè colla pressione di aria sul sistema vasale.

È abbastanza risaputo che negli strati alti dell'atmosfera le arterie si inturgidiscono a tal punto da dare persino emorragia per diapedesis, con quale meccanismo è inutile dire; ora se la rarefazione atmosferica mena a replezione vasale, la densità e pressione dell'aria deve necessariamente produrre l'effetto opposto, in modo che potendo creare un ambiente di aria a certa tensione, da vincere quella vasale intorno ai tumoretti emorroidarii, si deve avere svuotamento meccanico del sangue in essi contenuto e riduzione automatica delle emorroidi.

L'esperienza venne in conferma del principio fisico e fatto costruire apposito apparecchio, potetti per la prima volta veder rientrare i tumoretti emorroidarii in un individuo vecchio sofferente, senz'altro inconveniente che l'innocua penetrazione di un po' d'aria nell'ampolla rettale. Tale riduzione ha il pregio di effettuarsi senza dolore e di mantenersi tale, a differenza di quanto accade nella riduzione fatta con altri metodi, poichè gli sfinteri vi si serrano sopra e quella che era prima contrazione spasmodica sulle emorroidi procidenti, quella stessa contrazione vale ora ad assicurare maggiormente la riduzione e lo svuotamento e quel che è più permette all'individuo la deambulazione immediata. Qualche emorroidario potrà dire quali sofferenze si provano a camminare ad emorroidi prolassate!...

Io credo che se la elasticità delle fibre muscolari della vena non è del tutto alterata, questa specie di riduzione, fatta volta per volta ad ogni defecazione, rappresenta una ginnastica atta a rieducare l'intestino ed impedire l'ulteriore degenerazione ed alterazione della fibra contrattile.

Questa contrazione, che si induce forzatamente e passivamente nel pacchetto venoso prolassato, è fattore essenziale per la cura del tono delle pareti vasali; e chi sa, se a lungo andare queste fibre inerti e in via di sfiancamento non saranno, con questo genere di massaggio ad aria compressa, destate a funzionalità più o meno completa e contribuire così a risanare il sistema venoso emorroidario. Da questo primo tentativo e, sperimentando su più vasta scala, si potrà arrivare alla cura radicale su questo principio e tenendo presente il dato etiologico.

In quanto alle modalità dell'applicazione del sistema debbo agiungere che la tecnica è facile e l'apparecchio semplice e portatile: consiste in una piccola tazza di metallo o porcellana in modo da combaciare col perineo adattandosi fra le tuberosità ischiatiche, sul fondo vi è una valvola su cui s'innesta il raccordo per la pompa premente, tipo Poteau. Basta sedere sulla tazza facendo da contrappeso alla compressione d'aria, che la pompa va gradualmente comprimendo nella tazza stessa; presto comincierà a sentirsi un senso di benessere e successivamente la riduzione avviene in modo graduale, a mano a mano cioè, che il sangue emorroidario viene ricacciato.

Sparanise (Caserta), settembre 1919.

CONGRESSI.

Congresso di Medicina interna di Trieste.

Presiede il prof. MARAGLIANO.

Sulle Spirochetosi.

Relazione di LUIGI ZOIA.

Le spirochetosi che furono studiate durante la guerra, si possono dividere in due gruppi.

In un primo gruppo è la spirochetosi broncopolmonare emorragica del Castellani, e la dissenteria spirochetosica, forma in cui il virus ha sede in determinati tessuti.

In un secondo gruppo stanno le spirochetosi in cui vi è una setticemia spirochetica e la forma morbosa a decorso acuto. Il sodoku può essere posto fra i due gruppi, trovandosi il virus e nel punto della morsicatura e nel sangue (*sp. morsus muris*).

In questo secondo gruppo possono distinguersi due sottogruppi. In un primo sottogruppo devono porsi insieme alle febbre ricorrente (da spirocheta Obermeyeri) la febbre dei sette giorni (da spirocheta Hebdomadis) quella dei cinque giorni (delle trincee, o volinica o quintana, da spirocheta gallica), le quali forme sono caratterizzate da periodi febbrili, spesso a *poussées*, e da fenomeni generali comuni a molte malattie infettive, senza manifestazioni cliniche di determinate lesioni di detti organi. In un secondo sottogruppo sono da riunire le spirochetosi ordinariamente itteriche, come l'ittero epidemico infettivo, e la febbre gialla, data il primo dalla Leptospira di Inada e Ivo e la seconda dalla Leptospira icterodes di Noguchi.

Forse in questi sottogruppi andranno comprese altre forme di itteri delle regioni tropicali, dei quali si dovrà rivedere la patologia e la clinica alla luce delle ricerche di questi ultimi anni.

È degna di particolare studio l'ittirizia catarrale semplice.

I.

L'ittero infettivo epidemico che ha dominato durante la guerra 1914-1918 è una forma di spirochetosi da spirocheta di Inada-Ido.

Questa infezione può presentarsi con ittero (forma lieve, forma di media gravità, forma grave) e senza ittero (a forma meningitica, a forma renale, a forma setticemica). Può associarsi a tifoidi, a malaria, a sifilide, a dissenteria, a leucemia.

La forma itterica decorre nei periodi: di incubazione (da 1 a 15 giorni), di invasione (da 2 a 7 giorni), colemico (di 15 giorni e più, con riaccensione febbrile frequente dal 4° al 7° giorno), di risoluzione (di solito molto lungo).

Durante la guerra vi furono altre forme di ittero, numerose, dovute ad altre infezioni (specialmente da paratifo B).

Si deve fare una revisione degli itteri epidemici.

L'ittero catarrale è con grande probabilità una forma a sè.

La spirocheta di Inada-Ido è forse un genere nuovo dei spirochetidi Leptospira (Noguchi); è sanguigna e perciò determina una malattia acuta, è extraglobulare, non è visibile che all'ultramicroscopio, al quale presenta aspetto e movimenti caratteristici. I suoi caratteri specifici furono fissati da Inada-Ido, Cesa Bianchi, Martin e Petit, Noguchi. Presenta con grande facilità deformazioni degenerative. È sensibilissima alla reazione acida o appena più alcalina del grado di alcalinità del sangue, ai sali biliari e ad inquinamenti. Non passa alla Berkefeld. I mezzi di fissazione e colorazione la deformano e non possono valere che alla dimostrazione della sua presenza.

Si coltiva non difficilmente, specialmente nei terreni di Noguchi, a temperatura di 25-30 C°. Le colture si attenuano nelle successive generazioni. L'animale più recettivo è la cavia, poi l'uomo. Il virus umano si virulenta con passaggi successivi attarverso la cavia.

Le reazioni dell'organismo alla infezione si manifestano con la presenza in circolo di corpi difensivi già dopo il 4° giorno dalla invasione, dimostrabili con l'esperimento del Pfeiffer. Essi raggiungono il massimo già al 12° giorno. Sono dimostrabili anche dopo 8 anni dalla avvenuta infezione.

La diagnosi di infezione di spirocheta di Inada-Ido si può fare in laboratorio:

1° dalla dimostrazione dello spirocheta:

a) nel sangue (nel 1° giorno di malattia);

b) nelle urine, sia all'ultramicroscopio che dopo fissazione e colorazione del sedimento ottenuto per centrifugazione successiva di 150 cc. di urina (gli AA. giapponesi dal 16° al 23° giorno ottennero 100 % di reperti positivi) — occorre mettersi al coperto da cause di errore date dalla presenza di spirocheti sugli organi genitali;

c) nel liquido cefalorachidiano;

2° dalla riproduzione della malattia nella cavia con inoculazione nel peritoneo o sottocute o nel circolo di sangue (2-5 cc. presi nei primi 4 giorni di malattia), o di sedimento di urine (con maggiore probabilità di successo dal 13° al 23° giorno), o di liquido cefalorachidiano. La cavia presenta un quadro tipico morboso e muore in genere tra il 6° e l'8° giorno;

3° dalla reazione di neutralizzazione con inie-

zione nel peritoneo di siero di sangue del malato e coltura di spirocheta o virus naturale. Essa si ha in genere dopo il 7° giorno di malattia;

4° dalla fissazione del complemento, che finora non è sicura;

5° dalla agglutinazione, che sembra possa dare buoni risultati ma per cui vi sono ancora incertezze circa le modalità e l'esecuzione.

Questi mezzi se danno la certezza dell'infezione, non hanno valore che per determinati periodi della malattia, occorre perciò affinare il lavorio diagnostico per i casi e i periodi in cui non si può averne il responso. L'anatomia patologica umana e della cavie dimostrano fenomeni irritativi e tossici nelle cellule dei tessuti, fatti emorragici (ed eritrofagia conseguente) parenchimatosi, fenomeni infiammatori scarsi non a focolaio, particolarmente interessanti nel fegato dove la infiltrazione leucocitica è evidente sopratutto alla periferia del lobulo così da essere definita una periangiocolite capillare.

I reperti anatomopatologici e lo studio della biologia dello spirocheta danno ragione dei fatti clinici. La causa della riaccensione febbrile non è sufficientemente nota. Esiste con molta probabilità un rapporto fra le algie e la localizzazione meningea del virus, non ancora ben studiato.

L'ingrandimento dell'aia epatica è sempre scarso, scarsi i fatti emorragici. L'alterazione renale ha piuttosto la forma degenerativa che quella infiammatoria. La spirocheturia si presenta irregolarissima: d'ordinario fra il 16° e il 23° giorno con un massimo di 2-3 giorni.

Molto spesso v'è ingrossamento delle ghiandole linfatiche però anche nei casi più tipici può mancare. V'è emolisi nel periodo d'invasione, ma nel periodo colemico non è rilevabile. V'è leucocitosi dapprincipio (fino a 25000) in seguito leucopenia con mononucleosi, diminuzione accentuata delle piastrine (30000-10000) con ritardo della coagulabilità del sangue e minore retrazione del coagulo. In proporzione alla gravità della forma si riscontra azotemia (fino al 5 % di urea).

L'ittero è da ritenzione e probabilmente da periangiocolite capillare.

La diagnosi della malattia nelle forme dove l'ittero manca o è lieve, riesce difficile. Si tengano presenti: lo stato delle vie biliari inferiori, la leucocitosi iniziale, la piastrino-penia e le ricerche di laboratorio. Si deve porre attenzione nella diagnosi differenziale dell'ittero catarrale quando trattasi delle forme più lievi; per quelle più gravi dall'atrofia giallo acuta, inoltre nella associazione con la malaria e la febbre tifoide.

Per la prognosi, basata sopratutto sul decorso, può avere un certo valore la presenza della reazione mieloide all'inizio dell'apiressia.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si può ritenere probabile che la spirocheta di Inada-Ido penetri per via cutanea o dalle mucose dal terreno infettato da topi e anche da uomini.

La profilassi non deve condurre all'isolamento del malato, ma alla osservanza delle ordinarie norme igieniche della assistenza dei malati.

I focolai di infezione vanno individualizzati e devono essere rimossi risanando sopratutto le condizioni di scolo delle acque e badando alla reazione del terreno. La vaccinazione preventiva promette di essere utile e va ancora studiata.

La terapia con sieri di animali immunizzati (o di uomini convalescenti) non ha dato ancora risultati certi. Tra i varii mezzi proposti sembra che il mercurio in forma di calomelano e preparati arsenomercuriali abbiano una azione favorevole. Nei casi gravi si faccia dieta priva o quasi di sostanze azotate. L'adrenalina ha azione utile sulla grande prostrazione delle forze e sulla debolezza del miocardio.

II.

La *Spirochaeta Vincenti* sembra possa dare forme dissenteriche o enterocolitiche.

III.

La febbre dei sette giorni è data dalla *Spirochaeta Hebdomadis* (Ido, Ito, Wani) che si trova nel sangue (nel 2°-4° giorno) e nelle urine (dall'8° giorno in poi). La *Spirochaeta Hebdomadis* è diversa da quella di Inada-Ido. È diffusa dal *Microtus Montebelli*.

IV.

Futaki, Takaki, Imiguchi e Osuni hanno dimostrato che la causa del *Sodoku* è la *Spirochaeta morsus muris*, dimostrabile nelle ferite da morso del topo e nel sangue periferico durante l'accesso febbrile.

V.

La febbre delle trincee (volinica o dei cinque giorni) deve differenziarsi dal Sodoku; sembra che ne sia causa una *Spirochaeta gallica* di Couvy e Dujarric de la Rivière.

VI.

Noguchi descrive come causa della febbre gialla una *Leptospira icteroides*, specie che si differenzia da quella di Inada e Ido per le reazioni immunitarie. L'ottenne in coltura dal sangue dei malati, e potè trasmetterla dalle colture o dal sangue dei malati a cavie, al cane, alla scimmia (Milas) con una incubazione di 72 a 96 ore. I sintomi e le sezioni anatomo-patolo-

giche della febbre gialla nell'uomo stanno fra quelli della cavia e quelle della scimmia.

VII.

La Spirochetosi bronco-polmonare di Castellani è determinata dalla *Spirochaeta bronchialis,* che non si è ancora bene individualizzata e non fu coltivata. La malattia fu riprodottà nelle scimmie inferiori La diagnosi si fonda sulla mancanza di febbre, sulle condizioni generali buone, sullo sputo a gelatina di lampone, sul reperto di numerosissime spirochete nello sputo, sul reperto negativo in esso di bacillo di Koch, sull'esame radiologico. Possono avvenire errori diagnostici in casi di spirochetosi broncopolmonare cronica. È una forma a pronostico, in genere favorevole, contagiosa. Il malato deve essere perciò isolato. Può associarsi ad altre forme delle vie respiratorie. Preparati arsenicali e antimoniali sembrano essere utili.

Discussione sulle Spirochetosi.

Prof. PENDE di Palermo. — Illustra il reperto nella spirochetosi ittero-emmoragica di una melanemia e di una melanosi viscerale, che per nulla si distingue all'esame istochimico dalla presenza di melanina nei malarici Il sintoma può mettere in grave imbarazzo la diagnosi differenziale tra ittero grave e perniciosa malarica a forma itterica.

Prof. QUEIROLO di Pisa. — Ricorda come oltre dieci anni addietro abbia studiato e descritto due epidemie di itterizia a Portoferraio e a Piombino, che l'O., ritiene del tutto analoghe per la sindrome clinica, e per la grande diffusibilità, all'ittero descritto nelle truppe.

Riguardo al contagio asserisce esservi altri due fenomeni di analogia, presumendo che gli sterramenti e i topi possano avere rapporti, per quanto ancora sconosciuti, col propagarsi della infezione.

II giornata.

Si apre la seduta alle ore 9.

Presiede il prof. GABBI.

Sull'influenza.

Etiologia, Patogenesi e Cura.

Relazione del prof. MICHELI.

Malgrado tanta copia e tanto fervore di ricerche, il problema eziologico dell'influenza è lungi ancora dall'esser conchiuso.

Fra gli agenti microbici, il bacillo di Pfeiffer è ancora il centro della discussione; ma al concetto che il bacillo di Pfeiffer rappresenti il protovirus influenzale. Contrastano una serie di considerazioni e di fatti:

1º l'estrema contagiosità e diffusibilità del virus influenzale, di gran lunga superiori a quanto si osserva nelle infezioni da schizomiceti;

2º il raro o mancato reperto del bacillo di Pfeiffer nelle mucosità naso-faringee durante la prima ondata epidemica primaverile;

3º l'incostanza del reperto del bacillo di Pfeiffer anche nelle forme bronco-pneumoniche autunnali e invernali. Questa variabilità di risultati non è riferibile alla difficile coltivabilità del bacillo di Pfeiffer o deficienza d'ordine tecnico perchè denunciata anche da batteriologi insigni;

4º il mancato riscontro del bacillo di Pfeiffer nel sangue, anche nelle forme più gravi, affermato da tutti gli autori;

5º l'aver dimostrato la presenza di bacilli di Pfeiffer:

a) durante l'ultima pandemia del cavo naso-faringeo di molti individui sani o ammalati d'altra forma morbosa;

b) in focolai epidemici regionali o locali di natura influenzale assai dubbia, a distanza di molti anni dalla pandemia dell'89-901.

c) in periodi interpandemici nel cavo naso-faringeo, e nelle vie respiratorie di ammalati di tubercolosi, di morbillo, di difterite, di pertosse, ecc.;

6º l'esito costantemente negativo delle recenti ricerche intese a riprodurre sperimentalmente l'influenza mercè l'insufflazione o l'inoculazione nelle vie respiratorie di sospensione di bacilli di Pfeiffer.

L'insieme dei fatti suesposti è sufficiente a scuotere la fede nella dottrina Pfeifferiana dell' influenza, ma anche destituito dal ruolo di agente primitivo dell'influenza, il b. di Pfeiffer non deve peraltro riguardarsi come un volgare saprofita senza importanza patologica. La frequenza dei reperti positivi negli ammalati, il suo alto potere endotossico riaffermato dalle belle ricerche di Gosio, la non rara presenza di agglutinine specifiche nei convalescenti attestano che al b. Pfeiffer spetta una parte non indifferente nella patogenesi dell'influenza.

Le stesse conclusioni negative vanno applicate a tutte le specie batteriche riscontrate negli influenzati (pneumococchi, stafilococchi, micrococcus catarrhalis, ecc., streptococco pleomorfo di Wiesmer, diplostreptococco epidemico di Bernhardt, streptococco pandemico di Segale, ecc.). Perchè se è indubbia la grande importanza degli streptococchi nel determinismo delle più gravi complicazioni, possono opporsi riguardo ad essi le stesse obbiezioni già formulate rispetto al b. di Pfeiffer.

Il virus primitivo dell'influenza va quindi ricercato in altre direzioni. L'analogia clinica ed

epidemiologica con alcune malattie infettive sostenute da virus filtrabile, hanno suggerito la concezione che il virus influenzale appartenga alla categoria dei filtrabili.

Oggi le ricerche sperimentali di trasmissione dell'influenza, mercè l'instillazione o l'insufflazione nelle vie respiratorie superiori o mercè la iniezione sottocongiuntivale, sottocutanea e endovenosa nell'uomo o nelle scimmie di filtrati attraverso candele impermeabili ai comuni batteri di siero di sangue o di sangue intero o di escreato influenzale, sono abbastanza numerose, ma gli esiti sono purtroppo, anche in questo campo, affatto contraddittorii.

Assai frequenti sono i risultati negativi, però gli esiti positivi benchè non sieno tutti rigorosamente ottenuti sembrano sufficienti a dar valore probativo alla dottrina dei virus filtrabili. I risultati raccolti da numerosi esperimentatori (positivi anche nell'uomo), costituiscono una serie di elementi di significato indubbio.

Però il virus primitivo dell'influenza sarebbe l'agente etiologico soltanto delle forme più semplici. Nelle forme più complesse e complicate, interverrebbero altri agenti di infezione.

Nell'interpretazione dell'etiologia dell'influenza, abbiamo dunque un virus primitivo iniziale ed uno o più virus secondariamente associati. È una vera sovrapposizione di processi, che si stabilisce con un meccanismo non ancora precisato, ma in cui hanno indubbiamente parte la diminuzione delle resistenze locali (a livello delle vie respiratorie) e generali (leucopenia), per cui varie specie batteriche sono esaltate nella loro attività riproduttrice e nel loro potere patogeno.

Oltre al bacillo di Pfeiffer, le più frequenti e importanti associazioni batteriche, sono rappresentate dai varii ceppi a gruppo pneumococcico e streptococcico (sopratutto del gruppo IV secondo la classificazione americana) gruppo degli streptococchi emolitici.

Non esiste una cura specifica dell'influenza. Le varie applicazioni chemoterapiche tentate non hanno azione specifica e sono forse tutt'altro che innocue. I buoni risultati ottenuti talvolta con sieri i più svariati (perfino antipestoso) e collo stesso siero normale di cavallo sono dovuti ad un meccanismo ignorato che forse agisce esaltando i mezzi specifici dell'organismo ed a questa forma di terapia si devono ricondurre i metalli colloidali, i vaccini, le iniezioni di peptone, latte, ecc., ecc. La modalità più consigliabile di questa terapia aspecifica è data dall'iniezione sottocutanea o endovenosa precoce di 80-100 cmc. (su 2 volte) di siero di cavallo normale (possibilmente di cavalli immunizzati con ceppi di pneumococco e streptococco).

Per il resto il trattamento deve essere essenzialmente sintomatico.

Sintomatologia – Anatomia patologica Epidemiologia.

Relazione del dottor SATTA.

Rispetto all'etiologia si deve tener presente che nell'ultima e nelle precedenti pandemie:

a) si è avuto un carattere di benignità e un quadro clinico uniforme nella prima ondata;

b) si è avuto un carattere di malignità e un quadro clinico polimorfo successivamente;

c) l'insediarsi di complicazioni più o meno gravi, qualche giorno dopo la remissione del primo attacco.

Tutto ciò non può spiegarsi ammettendo un unico agente morboso. Neppure si può trattare di una simbiosi costante di due virus. È naturale pensare che l'agente provocatore di quel complesso sintomatico fondamentale e comune a cui si dà il nome d'influenza si debba considerare come il virus fondamentale e primitivo.

L'altro o gli altri virus sarebbero germi di associazione da cui provverrebbero le complicazioni.

Sulla questione se si deve ritenere più probabile la compartecipazione di uno solo o di diversi germi, si devono tener presenti varii fatti.

Innanzi tutto si devono fare tre gruppi di influenzati: uno dei veri influenzati; un secondo in cui sono interessate le grosse vie aeree; un terzo di quelli in cui si hanno localizzazioni polmonari.

Si sono avute anche epidemie localizzate con caratteri diversi l'uno dall'altro.

Nella clinica e nell'anatomia patologica delle complicanze polmonari, le differenze sono tali che pare siano causate da germi diversi.

Inoltre non si può non attribuire significato ai germi che sono stati isolati costantemente negli ammalati, sopratutto quando si è riusciti a coltivarli dal sangue o da cavità chiuse.

È attendibile quindi che vi sia compartecipazione di varii germi; ed allora, o si stabilirebbe una simbiosi fra i diversi virus, o il virus primitivo agirebbe nel senso di favorire l'azione patogena di qualche germe, ordinariamente saprofita dell'organismo.

Discussione.

Prof. GABBI di Parma. — Ricorda gli esperimenti sulle scimmie, fatti da Bradford, Bastford

e Wilson col virus filtrabile, esperimenti a cui egli ha assistito e a cui attribuisce un grande valore.

Prof. SEGALE di Genova. — Fa osservare che la prima caratteristica di un virus filtrabile, è quella di essere trasmissibile in serie sempre previa filtrazione. Ora questo dato manca negli esperimenti di Nicolle, Conseil.

L'O. considera col massimo riserbo i risultati degli autori inglesi, i quali hanno considerato come forme batteriche i granuli albuminoidei, che si formano nei terreni Nogucki, in conseguenza dell'autolisi del pezzetto di organo. La filtrazione viene fatta con un metodo poco attendibile, profittando del raffreddamento dell'autoclave. Nè gli autori si sono assicurati dell'integrità delle candele usate. Non risulta dimostrato che si tratti di virus filtrabile. Egli insiste sull'importanza del cocco pandemico.

Prendono pure la parola il prof. SOFFRÈ e il colonnello MENNELLA.

Il prof. MARASSINI parla dei caratteri differenziali fra bacilli di Pfeiffer e pseudo Pfeiffer e delle ricerche di Park intesi a distinguere anche sierologicamente alcune qualità di bacilli, specialmente colla prova dell'agglutinazione e dell'assorbimento delle agglutinine.

Risposta del relatore prof. MICHELI. — Si dichiara d'accordo col prof. Gabbi, ma vuole essere più riservato nell'ammettere la natura filtrabile del virus influenzale.

Vaccinazioni.

Relazione del prof. A. GASBARRINI di Pavia.

L'O. riassume le più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo delle vaccinazioni. Per quanto riguarda la vaccino-profilassi, i vaccini migliori per la pratica, capaci di sicuro potere immunizzante, sono quelli che si prestano ad una facile ed esatta posologia, nonchè ad una lunga conservazione. L'efficacia massima degli ordinari vaccini si esplica nei primi mesi di allestimento; però i vaccini essiccati nel vuoto (tipo Löffler) conservano a lungo invariate le loro proprietà immunizzanti.

Secondo l'O., non è ancora ben dimostrata la efficacia dei così detti vaccini *atossici;* tuttavia i lipo vaccini destano fin da ora particolare interesse e meritano di essere ulteriormente studiati. Può ritenersi che nella pratica della vaccinoprofilassi di alcune infezioni spetta la preferenza ai vaccini polivalenti.

L'organismo reagisce di fronte al vaccino, particolarmente se introdotto nelle vene, con una serie di manifestazioni cliniche, ematologiche e sierologiche, ben note nei loro minimi dettagli. La prova di Widal nei vaccinati contro le infezioni tifoidi conserva tutta la sua importanza, purchè si tenga conto di alcune circostanze e sopratutto di valori più alti di quelli ordinariamente stabiliti per i non vaccinati. Mentre le agglutinine in circolo non costituiscono un elemento di guidizio sicuro e costante per il valore antigene di un vaccino, l'anticorpo batteriolitico rappresenta il dato più importante per stabilire e misurare lo stato immune di un individuo.

Il grado di immunizzazione attiva dipende non solo dalla qualità del vaccino ma in particolar modo dalle quantità e dalla via d'introduzione di esso nell'organismo.

Il metodo endovenoso offre i migliori risultati, e merita perciò una più larga applicazione.

I risultati desunti dalle statistiche sulla vaccino profilassi antitifica durante la passata guerra parlano per una riduzione della morbilità e mortalità per tifo dei vaccinati rispetto ai non vaccinati, e per la necessità di una vaccinazione mista.

Quanto ad altre iniezioni occorse in guerra, non è dato concludere al momento: è tuttavia presumibile, in base ai saggi fino ad oggi fatti, che la vaccinoprofilassi possa essere anche qui utile.

La vaccinoterapia ha avuto una larga applicazione nella passata guerra. Essa può riuscire vantaggiosa. Alla dimostrazione data per primo da Ischitiava che un'unica iniezione endovenosa di vaccino tifico può talora promuovere una rapida e completa guarigione non solo del tifo, ma anche del paratifo, è seguita una lunga serie di ricerche non meno interessanti, tendenti a dimostrare che non solo i vaccini batterici omologhi, ma anche quelli eterologhi, e persino proteine o derivati proteici di origine extrabatterica sono capaci degli stessi effetti prontamente risolutivi od abortivi non solo nelle iniezioni tifoidi, ma anche in altri processi morbosi

Occorre essere molto prudenti nella posologia dei vaccini, potendo le forti dosi esporre a pericoli per la salute del malato.

Nelle infezioni tifoidi, l'impiego di un vaccino eterologo tipo Löffler (colerico, meningococcico) è preferibile a quello omologo, perchè meno tossico, provvisto di azione costante, facilmente dosabile e consente un certo margine fra la dose terapeutica e la tossica.

Di solito i successi della vaccinoterapia endovenosa in genere sono tanto più frequenti e brillanti quanto più precocemente si interviene. Essa non previene complicanze o recidive ed è sconsigliabile nelle forme assai gravi.

I risultati della vaccinoterapia endovenosa an-

titifica, durante la guerra, sono abbastanza incoraggianti. Anche in altre infezioni la vaccinoterapia fa sperare possa essere utilmente impiegata. La funzione del vaccino curativo è al momento attuale assai oscura.

Il prof. MICHELI pone in guardia sui pericoli delle iniezioni endovenose.

Il generale RHO e il colonnello MENNELLA illustrano i brillanti risultati ottenuti nell'Esercito e nella Marina con le vaccinazioni antitifiche.

Dott. GHIRON.

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Trieste 2-5 Ottobre 1919.

Seduta antimeridiana del 2 ottobre.

Lesioni di guerra del sistema nervoso perifertco.

Prof. VERGA. (Relatore) - Si limita ad esporre i principali concetti, ampiamente svolti nella dotta relazione distribuita ai congressisti.

Le lesioni di guerra del sistema nervoso periferico si possono ridurre a quattro tipi anatomo-patologici fondamentali, ai quali corrispondono le note sindromi cliniche d'interruzione, di compressione, di rigenerazione, d'irritazione, dissociate e complesse, già definite dagli autori francesi, alle quali va aggiunta la sindrome causalgica di Weir Mitchell.

La diagnosi anatomica della lesione nervosa è quasi sempre possibile in seguito ad esami neurologici ed elettrodiagnostici diligenti e ripetuti, accompagnati dalla osservazione clinica del decorso.

Quanto alla prognosi, l'esperienza clinica ha dimostrato che le lesioni dei nervi periferici per ferite da arma da fuoco tendono, con una certa percentuale, a guarire in modo più o meno completo spontaneamente; degli altri casi alcuni pochi sono superiori ad ogni risorsa terapeutica, altri, in numero maggiore, sono suscettibili di miglioramento o di guarigione, mediante un opportuno trattamento chirurgico ortopedico.

Per la cura delle forme operabili, la moderna chirurgia offre diverse risorse: operazioni sui nervi, dirette a togliere la causa della paralisi, ed altre operazioni ortopediche, intese solo a mitigare gli effetti di questa.

Le operazioni sui nervi hanno il loro fondamento scientifico negli studi sperimentali sulla rigenerazione dei nervi. A questo proposito l'O. insiste sul fatto, oggi sicuramente dimostrato, per opera sopratutto della Scuola di Pavia, che la rigenerazione avviene soltanto per opera dei cilindrassi del moncone centrale. In questi interventi, che esigono delicatezza e precisione di tecnica, metodicità e assiduità di cure postoperatorie, è desiderabile la più stretta collaborazione del neurologo col chirurgo. Per queste operazioni non si richiede un armamentario speciale, ad eccezione di un apparecchio per la elettrizzazione diretta dei nervi, che permette di determinare la topografia fascicolare dei tronchi nervosi.

Non è sempre necessario proteggere da nuove aderenze il nervo operato; quando ciò sia indicato la pratica sembra raccomandare lembi peduncolanti di adipe presi dalle vicinanze, o tubi arteriosi, opportunamente preparati (metodo di Foramitti), aperti in forma di doccia o di semicanale.

L'intervento si pratica di regola in secondo tempo e in periodo relativamente tardivo, dovendo l'indicazione scaturire da esami neurologici ripetuti e dall'osservazione del decorso clinico. Da questi elementi di giudizio, oltre che dall'osservazione diretta del nervo messo allo scoperto, sarà determinata la condotta operativa nei singoli casi.

L'intervento in primo tempo può essere consentito solo quando il nervo scontinuato cada sotto l'osservazione diretta del chirurgo, in una ferita beante, o nel corso di ampi sbrigliamenti.

La neurolisi è particolarmente indicata nei casi di compressione estrinseca dei tronchi nervosi, con relativa integrità del nervo; e la prognosi in questi casi è favorevole.

La sutura diretta, previa resezione del tratto alterato, deve considerarsi come l'operazione d elezione nelle sindromi d'interruzione. Se l'interruzione è parziale, l'intervento sarà proporzionato al grado della lesione stessa.

Diastasi anche notevoli tra i monconi possono essere vinte mediante stiramento dei capi, dando eventualmente all'arto speciali atteggiamenti.

Nell'affrontamento dei monconi si deve, per quanto è possibile, tener conto della struttura fascicolare dei tronchi nervosi.

Dei numerosi procedimenti (sutura a distanza, plastiche a lembi, tubulizzazione, innesti auto-omo-eteroplastici, anastomosi, impianto diretto del nervo nei muscoli) che sono stati proposti per vincere diastasi molto considerevoli dei monconi, nessuno ha corrisposto in modo del tutto soddisfacente. Nulla può dire sul valore dell'innesto di tratti di nervi conservati in alcool, proposto e attuato da Sencert e Nageotte, all'infuori che tali innesti sono tollerati.

Nella causalgia può riuscire vantaggiosa la simpatectomia periarteriosa. Quando la sindrome causalgica si associa a sindrome d'interruzione parziale o di compressione del nervo, può essere indicata la sezione del nervo a monte del punto leso, o l'alcoolizzazione del tronco nervoso.

I risultati, che si sono finora ottenuti dalle operazioni sui nervi periferici per lesioni di guerra, non permettono ancora di formulare un giudizio preciso sulla reale efficacia di questi interventi.

Tali risultati ci dànno bensì la certezza che le

operazioni sui nervi possono raggiungere il loro scopo (la guarigione della paralisi con il ripristino della funzione di senso e di moto e col ritorno della normale eccitabilità del nervo e dei muscoli); ma essi non sono in genere così buoni come ci si sarebbe potuto aspettare prima della guerra, e sono in ogni modo notevolmente inferiori a quelli che, dalle stesse operazioni, si sono ottenuti nella chirurgia di pace. Ciò è in rapporto verosimilmente con la maggiore gravità, e sopratutto con la setticità delle lesioni di guerra.

Guarigioni vere e complete, con totale reintegrazione del nervo e della funzione, vennero però constatate e controllate con ripetuti esami elettrodiagnostici, non solo in seguito a neurolisi, ma a suture dirette, precedute spesso da resezioni di pseudoneuromi e di tratti cicatriziali del tronco nervoso,

Risultati particolarmente favorevoli hanno dato il nervo radiale e il nervo sciatico popliteo esterno.

Nessuna guarigione completa, ma dei semplici miglioramenti, e spesso esiti negativi, si ebbero in seguito ad altre modalità d'intervento (suture a distanza, plastiche, anastomosi, ecc.).

Il tempo occorso per il ripristino funzionale in seguito a neurorafia è stato vario, a seconda di varie circostanze, ma sempre di parecchi mesi, talora di oltre un anno, e ciò in rapporto con la lentezza con cui si compie nell'uomo il processo di rigenerazione dei nervi. Sono perciò da attribuire ad errori di osservazione i ripristini funzionali immediati in seguito a sutura.

Quando ogni speranza di un ritorno della funzione per le vie normali è perduta, possono prendersi in considerazione i trapianti tendinei, e, in qualche caso speciale, l'artro e la teniodesi.

I trapianti tendinei trovano nella paralisi dell'arto inferiore il loro campo naturale di applicazione, ma hanno dato soddisfacenti risultati anche in casi di paralisi inoperabili del nervo radiale.

Gli apparecchi ortopedici, di cui esistono numerosi esemplari, rappresentano l'estrema risorsa nei casi incurabili, e possono avere un'utile applicazione anche durante la cura postoperatoria. Sono da preferire i tipi più semplici e leggeri, costruiti col concetto, non di sostituirsi agli arti paralizzati, ma di aiutarne la funzione.

Quanto alla statistica propria l'O. riferisce di aver avuto 36 guarigioni su 62 neurolisi, 7 guarigioni su 20 casi di sutura dei monconi nervosi.

Alla relazione di VERGA seguono le comunicazioni che hanno attinenza allo stesso argomento; e quindi la discussione.

APERLO: *Lesione del plesso cervico-brachiale sinistro per ferita da arma da fuoco.* — Riferisce sopra i risultati immediati e lontani dell'intervento in un caso d lesione, per ferita da arma da fuoco, del plesso cervico-brachiale sinistro, con disturbi a carico del frenico.

PUTZU: *Le lesioni dei nervi periferici da ferite di guerra.* — Ha eseguito 78 interventi, per lesioni dei nervi periferici da ferite di guerra, così suddivisi: 28 neurolisi (con 20 guarigioni = 89,5%; 8 risultati negativi = 10,5%); 40 neurorafie (con 15 guarigioni = 37,7%; 24 risultati negativi = 62,3%; 1 risultato ignoto);

7 neuroplastiche (7 risultati negativi).

3 anastomosi (3 risultati negativi).

Risultati quindi buoni con la neurolisi, discreti con la neurorafia diretta, nulli con gli altri metodi.

DONATI (Modena). - Riferisce su: *Indicazioni e risultati su interventi chirurgici per lesioni traumatiche del sistema nervoso periferico.* — L'O. ha eseguito 52 interventi ed ha potuto seguire i suoi casi per lungo tempo. Gli interventi secondari debbono essere piuttosto tardivi, per escludere la possibilità di ripristino spontaneo. Bisogna operare, se non si verifica alcun miglioramento spontaneo, o se si ha tendenza al peggioramento, o per sindromi dolorose. Le sindromi cliniche di Dejerine spesso non corrispondono al quadro anatomo-patologico. Ciò che domina è la lesione primaria, e le eventuali complicazioni.

Da questo la necessità di completare la diagnosi clinica con quella anatomica e funzionale al tavolo operatorio. Spesso alla *neurolisi esterna* conviene associare la *neurolisi interna*. Da questo intervento l'O. ha ottenuto guarigione nel 64 % dei casi, e miglioramento nel 28 %.

La sutura diretta ha dato 46 % di guarigione, 38 % di miglioramento. La migliore protezione è un buon letto muscolare; se ciò non è possibile l'O. consiglia le arterie alla Foramitti, eventualmente a doccia, o i lembi liberi di adipe. In 2 casi ha eseguito sutura a distanza con anse di catgut (1 guarigione, 1 miglioramento). Un caso d'innesto di nervo di cane fissato in alcool (alla Nageotte) per colmare una perdita di sostanza del mediano ha dato un buon ripristino funzionale, già dopo 4 mesi. Un buon risultato ha avuto un impianto periferico del mediano sul cubitale.

Il ripristino motorio precede generalmente quello elettrico.

SCALONE: *La paralisi simpatica dei nervi periferici e loro trattamento.* — Riferisce su 4 casi di *paralisi riflesse* di Babinsky e Froment, che egli chiama paralisi simpatiche dei nervi periferici, e che dice sono guarite con la distensione cruenta dei nervi corrispondenti. La distensione agirebbe sui filamenti simpatici, che accompagnano i nervi periferici.

CAPPELLI riferisce su più di 200 casi operati nella « Sezione storpi e mutilati » di Fano. Ha eseguito suture dirette, previa resezione parziale o totale, e

neurolisi. Ha fatto anche qualche sutura a distanza e un trapianto autoplastico col ramo sensitivo della branca muscolo-cutanea dello sciatico popliteo esterno. I migliori risultati li ha ottennti con gli interventi sul nervo radiale.

La resezione dei monconi nervosi è estesa fino ad ottenere superfici di sezioni fascicolate di apparenza normale. Nella sutura si preoccupa dell'orientamento dei fascetti nervosi, e, per determinare la topografia fascicolare, si serve dell'elettrode del Barile.

Non è favorevole alle anastomosi nervose e alle plastiche secondo Letiévant.

RINALDI presenta un caso di sutura del radiale eseguita 4 anni fa. Si è avuto un completo ripristino funzionale; persiste tuttavia una R. D. completa.

LUSENA fa notare al Relatore che egli non ha parlato, nella cura delle lesioni dei nervi periferici, della incisione del nevrilemma e dello hersage. Dice che non bisogna esagerare l'importanza della indagine elettro–diagnostica, per l'indicazione o controindicazione all'intervento. Ritiene che procrasticare troppo l'intervento possa, per la paralisi di qualche nervo, avesse serie conseguenze snl risultato. Per la tecnica della sutura diretta, non avrebbe grande importanza l'affrontamento esatto dei fasci creati. Crede che l'innesto di nervi morti, per colmare perdite di sostanza, non sia superiore alla semplice [sutura a distanza fatta con fili di catgut.

PURPURA. A proposito dei risultati migliori ottenuti con gli interventi sui nervi in tempo di pace, a cui ha accennato il Relatore, l'O. fa osservare come nelle ferite di guerra sieno state più facili le neuriti ascendenti, causa le frequenti gravi infezioni delle ferite, donde una maggiore difficoltà o un ostacolo completo alla rigenerazione delle fibre nervose.

Nella cura dei feriti del sistema nervoso periferico è necessario non dimenticare lo stato anatomico e funzionale dei muscoli.

D. MARAGLIANO. Osserva che il Relatore non ha messo sufficientemente in rilievo l'importanza delle lesioni vascolari, complicanti le lesioni nervose. Le lesioni dei grossi vasi, indipendentemente dalla nutrizione dell'arto, possono creare condizioni di insufficiente vascolarizzazione del nervo, donde inciampo ai processi rigenerativi.

Riguardo ai rapporti fra motilità volontaria ed eccitabilità elettrica, l'O. crede che, quando traverso un nervo passa l'impulso volitivo, passi anche la corrente elettrica, se l'eccitazione è diretta.

PIERI comunica un caso di trapianto omoplastico di nervo conservato in alcool, per colmare una perdita di sostanza lunga 8 cm. fra i due monconi del nervo mediano. L'operazione data da 4 mesi.

ALESSANDRI. – Rivela l'utilità della sutura nervosa immediata, nei casi speciali in cui è indicata. Crede che il fattore « compressione estrinseca » abbia notevole importanza nella patologia e nella sintomatologia delle lesioni nervose. E questo è anche dimostrato dai notevoli successi che si otteugono con la neurolisi.

L'elettrizzazione diretta del nervo scoperto ha notevole importanza diagnostica e prognostica. È d'opinione che non raramente è necessario proteggere o la sutura nervosa, o tratti di nervi (p. es. dopo la neurolisi), o ambedue, dalla formazione di nuove aderenze. Il metodo migliore, secondo l'O., è quello di porre il nervo in mezzo a fasci muscolari normali. Se ciò non è possibile, adopera dei lembi di grasso. Non è favorevole all'impiego delle arterie preparate secondo Foramitti, come metodo di protezione. Nella sutura diretta bisogna tener conto della fotografia pascolare. Per ciò che riguarda i mezzi adoperati, quando i due mon coni di un nervo non possono essere direttamente suturati, egli ricorda gli esperimenti di Guidi, eseguiti nel Laboratorio di patologia chirurgica di Roma, dai quali risulterebbe che gli innesti di nervo si prertano meglio della sutura a distanza, delle plastiche nervose ecc. Ricorda la comunicazione di Nageotte e Sencert sull'impiego degli innesti di nervi morti; la loro azione non può essere assimilata a quella dei conduttori adoperati nelle suture a distanza.

PUTTI. — Ha adoperato vari mezzi di protezione e di avvolgimento dei nervi; si è trovato bene dei tubi arteriosi preparati alla Foramitti. Se questi però sono lasciati aperti a doccia, quivi si stabiliscono delle aderenzè tenaci e numerose. L'avvolgimento con lembi di fascia lata, anzichè impedire, sembra favorire la proliferazione connettivale perinervosa.

Nella sutura dei nervi è bene rispettare la topografia fascicolare; senza che ciò rappresenti una legge assoluta per il ripristino della funzione.

Dopo alcune osservazioni fatte da VECCHI, sulla constatazione di movimenti associati in un caso di anastomosi spino faciale, ilrelatore prof. VERGA risponde brevemente ad alcune osservazioni.

Fa notare a D. Maragliano che nel testo della relazione egli ha tenuto conto delle complicanze vascolari nelle lesioni dei nervi; a Lusena che la incisione del nevrilemma e lo hersage non hanno fatto buona prova; a Scalone che non si possono senz'altro qualificare come paralisi simpatiche i casi da lui riferiti, che appartengono al gruppo delle lesioni fisio–patiche, e che il procedimento chirurgico da lui eseguito non è raccomandabile.

A. CHIASSERINI.

(continua).

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Ipotonia generale apoplettiforme.

Mentre era da tempo nota l'ipotonia generale muscolare insorgente nel coma epilettico, diabetico, uremico, apoplettico e nella narcosi (cloroformica, eterea, da cloruro di etile) sono stati fino ad ora poco studiati gli accessi di ipotonia generale apoplettiforme in malati con focolai del lobo temporale e del cervelletto.

Knap (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 15 maggio 1919) riferisce un caso di cisti da echinococco nel lobo temporale sinistro, un altro di ascesso del lobo temporale sinistro, un terzo di tumore del lobo temporale destro e altri casi osservati da Knauer e James di tumori a carico del lobo temporale in cui si osservarono accessi subitanei di ipotonia muscolare. Il malato a coscienza integra si afflosciava su se stesso e cadeva come un sacco, impossibilitato a reggersi in piedi o star ritto seduto.

Accessi simili furono osservati anche in un tumore del cervelletto, nella sindrome di Menière e in due casi di vertigine labirintica.

Tali accessi di ipotonia si distinguono da quelli di origine tossica (coma uremico, diabetico, ecc.) perchè in questi ultimi si ha perdita di coscienza, sebbene si siano riferiti dei casi di ipotonia da avvelenamento per duboisina e ioscina in cui la coscienza era conservata.

Essenzialmente diverse sono le ipotonie durature che si osservano nella corea e nelle psicosi ipercinetiche con tendenza a movimenti coreici, in cui le cause dell'ipotonia va ricercata nell'alterazione delle vie centripete che dal cervelletto vanno al nucleo rosso del lato opposto ed al talamo ottico.

Per i casi di ipotonia da focolai del lobo temporale e del cervelletto si debbono invocare altre spiegazioni potendosi difficilmente immaginare un'alterazione uniforme bilaterale delle vie descritte. Nella vertigine labirintica e nella sindrome di Menière la causa dell'ipotonia sta in alterazioni bilaterali del tono labirintico.

Nei casi di focolai del lobo temporale riferiti dall'A., non si avevano però disturbi uditivi e dell'equilibrio per cui non possiamo pensare per tali casi a processi labirintici.

Per i tumori del cervelletto è agevole ammettere una compressione dei centri del tono, contenuti nel nucleo di Deiters, nel verme e nel nucleo dentato, essendo noto per gli esperimenti di Luciani che l'estirpazione del cervelletto dà luogo ad astenia, astasia e diminuzione del tono muscolare.

Per i focolai del lobo temporale però non si può pensare ad un'azione a distanza sul cervelletto essendo questo protetto solidamente contro le compressioni per opera del tentorio. Si pensò allora ad uno stiramento delle radici spinali posteriori, ma, pur non potendo escludere questo fatto, sarà ben difficile ammettere che tutte le radici spinali vengono ad un tratto simultaneamente e uniformemente stirate.

L'unica ipotesi probabile che rimane è quella di una compressione dei peduncoli cerebrali, ipotesi confermata anche da altri sintomi da compressione dei peduncoli osservati dall'A. nei suoi casi.

Silvestri.

L'edema angioneurotico.

C. R. Austrian (*Southern Médical Journal*, luglio 1919) distingue sei tipi di edema angioneurotico.

Il primo tipo è costituito dall'edema angioneurotico di origine anafilattica. Il complesso sintomatico si sviluppa con la ingestione della proteina e delle proteine alle quali il soggetto è sensibile, e scompare con la eliminazione di esse. L'edema può essere provocato artificialmente applicando sulla pelle o iniettando sottocutaneamente la speciale proteina.

Il secondo tipo è detto infettivo. La etiologia è meno sicura, ma è certo il fatto che l'edema può comparire in seguito ad un focolaio infettivo e scomparire con questo. Probabilmente il tipo infett vo è un sottogruppo del primo tipo, in quanto che il disturbo angio-neurotico è determinato da sostanze prodotte direttamente dagli agenti inf-t-tivi o dall'organismo stesso in conseguenza della infezione.

Il terzo tipo, endocrino, è stato riconosciuto da molti osservatori; È ben nota la frequenza di altre neurosi vaso-motorie e dello stesso edema angioneurotico nel gozzo exoftalmico. D'altra parte il fatto che la sindrome si ha di preferenza al climaterio, alla pubertà ed in rapporto con i periodi mestruali fa sospettare la influenza della secrezione interna delle ovaie. Finalmente la scomparsa dell'edema dopo la operazione in individui affetti da ipertiroidismo, e nei casi dovuti a menopausa, il miglioramento in seguito alla somministrazione di estratti ovarici fa pensare che la sindrome è dovuta ad una iperfunzione della tiroide e ad una ipofunzione della ovaia. Ma non è dubbio che anche altre glandule hanno influenza nello sviluppo dell'edema angioneurotico.

Il quarto tipo, reumatico, comprende i rari casi

di edema angioneurotico verificantisi in seguito all'esposizione al freddo. La etiologia di questi casi non è chiara, nè sufficientemente dimostrata.

Il quinto tipo, metabolico, comprende i casi nei quali la comparsa del complesso sintomatico si ha in seguito a disturbi del ricambio generale.

Il sesto tipo, idiopatico, non costituisce in realtà un gruppo a sè, ma comprende quei casi per i quali non si riesce a identificare la causa prossima. Non è dubbio che ulteriori studî diminuiranno progressivamente il numero dei casi attribuiti a questo gruppo.

I fatti sopra accennati dimostrano che l'edema angioneurotico o morbo di Quincke non ha una etiologia unica e che l'edema è l'esponente di un disturbo vaso-motore o angioneurale.

dr.

La sindrome nervosa dello spazio retroparotideo posteriore.

Villaret e Faure-Beaulieu (*Presse médicale*, 1918, n. 21) in seguito a nuove osservazioni fatte durante il periodo della guerra, hanno meglio precisato la sindrome dello spazio retroparotideo, che per molti caratteri si differenzia dalle sindromi costituite dalla paralisi unilaterale degli ultimi nervi cranici. In queste ultime si tratta di fatti dipendenti da lesioni bulbari o emibulbari, per modo che i nervi sono interessati alla loro origine reale o apparente. Così si hanno le sindromi di Avellis, di Schmidt e di Jackson. Solo la sindrome di Tapia (ferite dei toreador da corna di tori) ha un'origine più costantemente periferica e traumatica.

La sindrome di Avellis è caratterizzata dall'emiparalisi del velopendolo e della laringe (lesione dello pneumagastrico e della branca interna dello spinale vago-spinale). La sindrome di Schmidt, oltre questi sintomi, comprende la paralisi dello sterno-cleido-mastoideo e del trapezio (lesione della branca esterna dello spinale). La sindrome di Jackson è costituita dalla sindrome di Schmidt più emiparalisi ed emiatrofia della lingua (lesione dell'ipoglosso aggiunta a quella dello pneumagastrico e dello spinale). La sindrome di Tapia è caratterizzata da emiparesi linguale e laringea con integrità del velopendolo; la paralisi dello sterno-cleido-mastoideo è incostante (la lesione ha sede al disotto dell'emergenza dei nervi palatini, ossia al di là del ganglio plessiforme).

La traumatologia di guerra ha permesso di osservare altri complessi sintomatici che si assomigliano in genere alla sindrome di Tapia. Così, ad es., Collet e Vernet hanno osservata una sindrome totale dei quattro ultimi nervi cranici com emiplegia glosso-laringo-scapulo-faringeo.

Ma tutte queste sindromi hanno di comune che non interessano affatto il simpatico. Invece nella sindrome dello spazio retroparotideo posteriore, il gran simpatico ha un' importanza essenziale nell'insieme sintomatico. Nei casi riferiti da Villaret e Faure-Beaulieu la sindrome fu determinata da una ferita della regione mastoidea destra in uno, e della regione sottorbitaria sinistra nell'altro con estrazione del proiettile dalla regione retroparotidea. Ciò che colpisce di più in questa sindrome sono i disturbi oculo-pupillari: restringimento della rima palpebrale, infossamento del globo oculare o enoftalmia, e restringimento della pupilla senza modificazioni dei riflessi pupillari. Un altro fatto importante è la disfonia o afonia con paralisi della metà della laringe, congestione diffusa leggera della mucosa laringea e sensibilità della medesima intatta. A questi fatti si aggiungono disturbi della deglutizione, disturbi d'origine faringea e non del velopendolo, poichè questo non è paralizzato, mentre si nota una immobilità accentuata della parete posteriore della faringe al momento del riflesso faringeo. Si ha inoltre emiatrofia della lingua con deviazione della stessa, disturbi della sensibilita consistenti in emiageusia localizzata e dissociatà: su i due terzi posteriori della metà atrofizzata della lingua il dolce e l'amaro sono percepiti con ritardo e con poca chiarezza, mentre il sapore salato è normale. In un caso solo si notò paralisi della branca esterna dello spinale (sterno-cleido-mastoideo e trapezio), ma nei due casi in esame la sindrome si dimostrò dodovuta ad una lesione del simpatico (disturbi oculo-pupillari), del glosso-faringeo (paralisi faringea, disturbi del gusto e della deglutizione), dello pneumagastrico (afonia) e del grande ipoglosso (emiatrofia linguale).

dr.

La nevralgia del plesso celiaco o celialgia nella dissenteria.

Tanto la dissenteria amebica che quella bacillare, nota Loeper (*Progrès médical* 1919, n. 6) all'infuori di qualsiasi ricaduta o recidiva, può avere conseguenze molto moleste a carico dell'apparato digerente: 1° flatulenza gastrica o intestinale con meteorismo, che si manifesta un'ora dopo i pasti; 2° coprostasi con defecazione ogni due o tre giorni, ma senza sangue: 3° dolori e crampi intestinali localizzati all'angolo colico sinistro o al sigma, manifestantisi per lo più al mattino, qualche volta 4-5 ore dopo i pasti.

Questi disturbi sono dovuti o ad una irritazione riflessa o ad una infiammazione nevrotica del plesso celiaco. Si tratta di una sindrome solare analoga a quella che si ha nella tabe, nel saturnismo, nell'ossaluria, nell'alcoolismo ecc.

I fenomeni sono più o meno persistenti. Mentre la lesione intestinale nella dissenteria bacillare guarisce rapidamente, le lesioni del sistema nervoso resistono più a lungo e possono durare per settimane e mesi. Qualche volta lo stato dispettico, gli spasmi, i dolori possono diventare permanenti.

Il trattamento non può limitarsi ai lavaggi rettali od ad una appropriata dieta; occorre una terapia antispasmodica ed antinevralgica. In qualche caso, in analogia a quanto si ha nelle conseguenze nervose della difterite, si può avere qualche benefico effetto dalla iniezione di piccole dosi, ripetute ogni tre giorni, di siero antidissenterico. La belladonna, i lassativi oleosi, i clisteri con olio di paraffina spesso riescono a calmare gli spasmi e i dolori. La stricnina è controindicata. L'elettricità, specie l'alta frequenza, dà buoni risultati. Le applicazioni calde sull'addome sono sempre efficaci.

La cura termo-minerale deve essere tentata nei casi ribelli. *dr.*

Il trattamento dell'enuresi notturna.

I numerosi e varî trattamenti finora escogitati contro l'enuresi notturna non hanno dato risultati soddisfacenti, almeno per la loro costanza. Le operazioni le più varie, le medicazioni le più strane sono state proposte. Se si deve credere a quanto si è pubblicato, effetti soddisfacenti si sarebbero avuti da procedimenti di azione terapeuticamente opposta. Così sarebbero state registrate guarigioni dopo operazioni di fimosi allo scopo di sopprimere una eccitazione permanente delle glande, come successi non meno evidenti si sarebbero avuti con la irritazione dello stesso organo, mediante cauterizzazioni col nitrato d'argento. Non è quindi a meravigliare se si sono registrati successi in seguito alla cauterizzazione dei cornetti, alla tonsillectomia, alla asportazione delle vegetazioni adenoidi, dei polipi del naso e simili. Nè è a meravigliare se la lista dei medicamenti consigliati per la cura dell'enuresi coincide su per giù con l'elenco delle sostanze terapeutiche finora note.

Vero è che tutti i mezzi proposti e sperimentati agiscono per via di suggestione, perchè l'enuresi è un'affezione psichica. Ciò spiega perchè dànno più sicuri risultati quei procedimenti che si basano più sulla persuasione e sulla educazione, e spiega anche perchè qualunque meno risulta inefficace negli individui a tara nervosa molto accentuata, negli epilettici, ecc.

Tra i più semplici tipi di rieducazione è quello del risveglio durante la notte, un mezzo eccellente già usato dalla vecchia medicina militare, e dalle madri, che ha un risultato tanto più efficace quanto più si allontana da esso ogni elemento di persecuzione o di punizione.

Chavigny (*Paris médical*, 1919, 22 febbraio) ritiene che buoni risultati si possono avere dall'uso del dispositivo ideato da Genouville. Sul pube si dispongono acconciamente due larghe piastre pieghevoli di metallo, separate da uno strato di ovatta ed in connessione ciascuna con i poli di una corrente faradica. Questo sistema forma interruttore per la corrente, che al contrario passa da una piastra all'altra quando l'ovatta viene bagnata dall'urina emessa involontariamente dall'individuo. La scossa faradica provoca il risveglio del soggetto ed insieme una contrazione immediata dello sfintere vescicale che arresta subito la incontinenza. È questo un apparecchio di rieducazione che bene adoperato darebbe risultati superiori a quelli ottenuti con gli altri mezzi finora proposti. *dr.*

FORMULARIO.

Formole per linimenti nella sciatica

Cloroformio laudano, ana gr. 5; alcool canforato gr. 20; olio di giusquiamo gr. 60.

Cloridrato di cocaina gr. 0.50; mentolo gr. 1; salicilato di metile gr. 10; polv. di benzoino gr. 5; vaselina, lanolina ana gr. 40.

Ittiolo gr. 5; stovaina gr. 1; sugna benzoinata, vaselina ana gr. 15.

r. s.

IGIENE.

Nuovi studi per la lotta antimalarica.

La malaria rappresenta sempre per l'Italia una grave jattura, che le statistiche ufficiali sono ben lungi dal mettere in piena luce. La profilassi chininica ha fatto indubbiamente diminuire la mortalità, ma la morbosità è rimasta altissima. Certamente i malarici sono di molto superiori ai 500,000, che risulterebbero dalle denuncie degli ufficiali sanitari; basti a dimostrarlo il fatto che una commissione governativa ha trovato per alcuni comuni della Sardegna il 90 % di malarici, mentre, negli stessi comuni, le statistiche, basate sulle denuncie dei medici, davano soltanto una morbosità del 0.7 al 21 %!

La profilassi chininica, la bonifica umana non sono quindi sufficienti a sradicare la malaria: è necessario dunque ricorrere ad altri mezzi per combattere questo flagello, tanto più in questi tempi in cui come triste reliquato della guerra, il numero dei malarici è indubbiamente cresciuto, per i numerosi soldati che hanno contratto l'infezione nel basso Piave, in Albania, in Macedonia e l'hanno diffusa anche in paesi relativamente immuni.

Vista l'impossibilità di debellare il nemico con la sola bonifica umana e la profilassi chini-

nica, è necessario rivolgersi all'altro fattore, all'anofele, contro cui non possono bastare le sole difese meccaniche che pure un certo beneficio hanno apportato nei primi tempi della loro applicazione. L'anofele deve essere colpita nei diversi stadi della vita, sia uccidendo gli insetti perfetti, sia impedendo che le larve possano arrivare a maturazione, o comunque che trovino le condizioni necessarie per vivere.

Oltre la grande bonifica, lavoro di lunga lena ed a risultati lontani, è particolarmente la piccola bonifica che bisogna aver di mira per impedire i ristagni d'acqua, sistemare gli scoli, regolarizzare e denudare le sponde dei canali, studiare metodi particolari per rendere innocue le colture irrigue.

Per la lotta contro le larve e le ninfe, servono caso per caso la petrolizzazione, l'uso di piante (Lemna) che, ricoprendo la superficie dell'acqua, impediscono che le larve possano portarsi alla superficie per respirare: inoltre la radicale pulizia dei canali e dei ristagni dalle erbe e dalle alghe che vi crescono, l' immissione di pesci, che mangiano le larve stesse, l'aggiunta di sale alle acque in modo da raggiungere una salinità, incompatibile con la vita delle larve.

Gli insetti aerei nelle case si uccidono direttamente o si catturano, eventualmente dopo averli snidati, mediante agenti gazosi, quali il fumo di paglia, di fieno ecc. Importanti sono altresì i particolari costruttivi e l'arredamento delle case, che debbono essere tali da impedire il più che sia possibile l'accesso ed il facile rifugiarsi delle zanzare.

Di questi metodi di lotta antimalarica, tratta ampiamente il prof. C. Fermi (1), in un lavoro d'indole eminentemente pratica, in cui espone lo stato della questione ed indica i mezzi adatti allo scopo. È tutto il piano di lotta da lui adottato in precedenti esperimenti, fatti su larga scala in Sardegna e nelle Puglie, piano di lotta che, oltre ai particolari tecnici riguardanti i procedimenti più convenienti, i mezzi e gli strumenti più adatti, si occupa anche della necessità di istituire un corpo di personale attivo e capace, retribuito a dovere, che è indispensabilie alla riuscita di tale sistema di lotta. Le nozioni sulla malaria e sui metodi di queste campagne antianofeliche sono riassunti, schematizzati ed illustrati con figure in un quadro, che potrebbe ben servire per propaganda.

Nonostante che questo metodo di profilassi sia ora venuto in onore fra noi, perchè suffragato dalle grandiose esperienze degli Americani a Cuba ed in Panama (2) e da altre a Ismailia (Canale di Suez), in Algeria, ecc., esso è totalmente italiano, essendo stato applicato con successo fin dal 1899 dallo stesso Fermi all'Asinara ed a Sassari.

Questo metodo, per dirlo con le parole del Fermi, è radicale, perchè tende al risanamento definitivo delle terre, scientifico, perchè ricerca, studia ed elimina o mantiene innocui tutti i focolai, anche i più piccoli, è efficace in tutti i casi, quando sia applicato scrupolosamente, e non è mai apportatore e conservatore di malaria, nè del minaccioso anofelismo senza malaria; ed è poi rapidissimo e relativamente poco costoso, specie se coadiuvato, quando occorra, dalle grandi opere di bonifica.

Esperimento dell'A. ottimamente riuscito in aggiunta ai precedenti in Sardegna è quello di Trinitapoli (3), dove nel 1915-16 infierì una gravissima epidemia malarica. Ivi una intensa campagna antianofelica ed anticulicina liberò completamente nel 1917 il paese dalle zanzare. In questa pubblicazione, l'A. risponde a numerose obiezioni che si possono fare al suo metodo, sia nel caso particolare, sia dal punto di vista generale.

***

Un altro esperimento di disanofelizzazione è stato fatto dal prof. Grassi a Fiumicino (4). In questa località intensamente malarica, la prima operazione, fatta all'inizio della primavera, è stata il censimento dei malarici, che vennero sottoposti a cura intensiva; si ebbe come risultato che la metà circa rimase esente da malaria.

Pure all' inizio della primavera vennero iniziati con grande attività, e continuati fino allo autunno, i lavori di piccola bonifica. Questa campagna ha offerto all'A. l'occasione di studiare molte particolarità nei costumi e nella biologia dell'anofele, di rilevare la densità anofelica, la percentuale delle anofele infette (1-2 %), la lunghezza del volo (1000-2500 metri), la facilità con cui si spostano, ecc.

In complesso però l'A. ammette francamente che l'esperimento non è riuscito; è bensì vero che la proporzione dei malarici a Fiumicino, che era di 82 % nel 1906, è risultata nel 1918 inferiore al 50 %, ma l'A. ritiene che questi risultati siano dovuti sopratutto alla cura degli individui già malarici.

La distruzione delle anofele, però, non si è ottenuta; per verità essa è assai più difficile da raggiungere che quella dei *Culex*. Insufficiente sembra al prof. Grassi la piccola bonifica, ed è evidente che la lotta va intrapresa sopra una grande estensione; i tentativi locali possono essere interessanti ed istruttivi, ma otterranno sempre effetti limitati.

Occorrono grandi mezzi ed una speciale organizzazione con il concorso di enti diversi (Lavori pubblici, Agricoltura). In tal modo la disanofelizzazione potrà rendere notevoli servizi, specialmente se associata alla cura dei malarici ed alla profilassi meccanica e chimica. Essa va inoltre iniziata molto presto (almeno in marzo) e continuata fino nel tardo autunno; analogamente anche la bonifica umana non va interrotta nei mesi invernali, ma deve invece continuarsi anche nel periodo interepidemico.

A. Filippini.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) Claudio Fermi. *La lotta contro la malaria, mediante la grande e piccola bonifica e la disinfezione idroaerea antianofelica.* Roma, Tip. dell'Orfanotrofio di S. Maria degli Angeli. Prezzo L. 5.

(2) A. Le Prince e J. Orenstein. *Mosquito control in Panama.* Putman 's sons. ed. New York e Londra.

(3) C. Fermi. *Sull'effettuato risanamento antimalarico di Trinitapoli.* Estr. da « La Mariologia », anno XI, n. 1.

(4) B. Grassi. *L'experience de prophylaxie antimalarique à Fiumicino.* Bull. de l'office international d'hygiène publique, 1919, p. 592.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1049). Al dott. E. C. da P.:

Il « Traité d'obstétrique » del Ribemont-Dessaignes è edito dal Masson (Paris). L'ultima edizfone (8a) è segnata in catalogo fr. 35 (salvo aumenti di dopo guerra). Si può ordinarlo mediante qualunque libraio.

2.° Di trattati esteri e moderni di ostetricia e ginecologia abbiamo in italiano quello di Cuzzi, Guzzoni, Pestalozza, Mangiagalli, edito dal Vallardi: non è ancora completo, ma prossimo ad esserlo.

Di trattati francesi di *Ostetricia* vi è: Bar-Brindeau et Chambrelent, « La pratique de l'art des accouchements », Paris, Esselin et Houzeau, 1914, fr. 50 più il 10 %; di *Ginecologia*: Faure et Siredey « Traité de gynécologie médico-chirurgicale», Paris, Octave Doin, 1914, fr. 37.50 più il 10 %.

Vi è anche il trattato di ginecologia del Pozzi, pubblicato in italiano dal Vallardi.

V. A. di Sant'Agnese.

(1050). All'abb. n. 4293:

Una trattazione non del tutto elementare e che può affidarsi al malato sulla sifilide è: « Le malattie sessuali » del dott. G. Franceschini, Manuali Hoepli, Milano.

V. M.

VARIA.

La teoria. dell'alimentazione e la guerra. — Loeny e Strauss (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 3 aprile 1919) affermano che le nozioni fondamentali sulla fisiologia dell'alimentazione sono state confermate dalla guerra. Dal punto di vista delle calorie si è verificata come esatta la necessità di un *minimum* di 1600 calorie al giorno e 2400 per i lavoratori. La razione di albumina che Voit fissa in 198 grammi come *minimum*, può essere ridotta a 70 gr., quantità del resto già ritenuta sufficiente da altri autori. Comunque la quantità dell'albumina deve sempre variare a seconda che il numero totale delle calorie è normale, insufficiente o eccessiva. La guerra ha dimostrato che la ipoalimentazione prolungata conduce ad un certo equilibrio, ma sempre dopo un lasso di tempo durante il quale il peso del corpo diminuisce progressivamente. Così una razione di 1300-1800 calorie con 40 gr. di albuminoidi è sufficiente per individui del peso di 40 a 48.5 kg., mentre per un individuo di 51 kg. sarà insufficiente e non si avrà compenso fra le perdite e gli introiti. Questa fase di denutrizione è caratterizzata rispettivamente da una diminuzione dei fenomeni di disassimilazione. Riducendo ancora la razione si ha una rapida diminuzione del peso del corpo con fenomeni di *deficit* nervoso (debolezza, irritabilità, delirio, allucinazioni).

Durante la guerra i grassi sono stati in parte sostituiti dai carboidrati, ma poichè anche questi ultimi erano insufficienti, non è stato possibile accertare i disturbi determinati dalla esclusiva deficienza dei grassi. Tuttavia è stato stabilito che l'assenza dei grassi ha una notevole influenza sulla salute e che essi sono particolarmente efficaci nel combattere gli edemi da fame.

La guerra ha infine dimostrato che l'organismo può adattarsi ad alimenti che in condizioni ordinarie sono assorbiti con difficoltà. *dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. Cevidalli. — *Compendio di medicina legale.* Prezzo L. 28.00. Società Editrice libraria.

La produzione libraria italiana in fatto di medicina legale è abbondante, ma il libro del Cevidalli non è di troppo. Non ha nè la mole, nè la pretenzione di un trattato; è un compendio che può servire come buona preparazione per gli studenti, per i bisogni dei quali non sono indicati grossi volumi istituzionali, ma libri che diano della materia una nozione completa e nello stesso tempo succinta. *dr.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici proletarî e medici borghesi.

Ammesso che la classe dei medici non può nel suo insieme considerarsi come appartenente ad una delle due grandi classi, nelle quali si tende a dividere la società, proletaria o borghese, resta ad accertare se vi sono gruppi o categorie di medici che possano considerarsi appartenenti all'una o all'altra classe.

A primo aspetto sembrerebbe che l'onore di far parte del proletariato spetti solo ai medici condotti. La circostanza che essi sono stipendiati e che le loro prestazioni più che per gli altri professionisti sono un misto di attività intellettuale e di lavoro fisico confermerebbe tale opinione. Se si tien conto dei metodi di lotta adoperati dai medici condotti per il miglioramento delle proprie condizioni, associazioni di resistenza, boicottaggio, a cui si aggiungono ora le minacce di sciopero e le richieste di otto ore di lavoro e del riposo festivo, l'appartenenza alla classe proletaria o meglio le analogie fra i medici condotti ed i lavoratori delle braccia appare più evidente.

I medici condotti sono così bene organizzati, dispongono di una stampa così vivace e battagliera che hanno polarizzato tutta la opinione pubblica, quella dei colleghi stessi, a loro favore. E non a torto, perchè le condizioni dei medici condotti erano finora veramente misere, perchè il loro miglioramento determina per ovvie ragioni automaticamente quello di altre categorie di sanitarî.

Ma non è dubbio che se le condizioni dei medici condotti erano infelici e lo sono ancora per alcuni di essi, infelicissime sono quelle di alcuni gruppi di liberi esercenti.

Tra gli uni e gli altri esistono le stesse differenze e rispettivamente le stesse analogie che distinguono e caratterizzano gli operai delle grandi industrie e gli artigiani. Quelli hanno un salario fisso e ben determinato, lavoro metodico e di durata prestabilita, garenzia di inamovibilità, di sussidio o di aumento di paga, solidarietà dei compagni in caso di soprusi o di sopraffazioni, per gli altri tutto è incerto, tutto è aleatorio.

Gli operai delle industrie possono migliorare le loro condizioni proporzionatamente all'aumento delle necessità, chiedendo aumenti di salarî, che quasi sempre in tutto o in parte sono accordati, perchè le richieste sono appoggiate su solidi strumenti di lotta; l'artigiano non può aumentare le sue richieste di compenso senza pericolo di assottigliamento della propria clientela. Senza dire che la concorrenza o la paura di essa, spesso rende impossibile il miglioramento delle condizioni dell'artigiano.

Così è del medico libero esercente. Le circostanze attuali impongono senza dubbio un aumento degli onorarî, che tutti ritengono giusto ed equo. Ma quali ne sono le conseguenze?

Sarebbe un errore credere che tutta la quistione economica è risoluta quando un'Associazione professionale o un Consiglio di Ordine di medici ha stabilito un aumento di tariffa, ed il medico è riuscito a farla accettare ai propri clienti. La soluzione è perfetta per il grande clinico, per il medico che si è fatta una grande reputazione, per il grande operatore. I malati non ricorrono a loro che eccezionalmente, ed anche quando il prezzo del consulto o dell'intervento fosse molto gravoso per le risorse della famiglia, vi si rassegnano perchè si tratta di una necessità che si crede assoluta e di un caso che non si ripete spesso. La soluzione è anche buona per i medici di grandi quartieri popolari che fanno visite numerose ed hanno per clienti operai che guadagnano molto più di prima della guerra e che spendono senza alcuna reticenza in proporzione dei loro aumentati salarî.

Ma il medico che malgrado tutto rimane vittima della situazione economica è quello che ha i suoi clienti nella media borghesia. Questi clienti prima della guerra erano i migliori, avevano il loro medico di famiglia, pagavano un equo onorario e regolarmente, permettendo così un esercizio professionale accurato, onesto e dignitoso.

A questa specie di clienti, le cui risorse economiche per effetto della guerra non sono aumentate, se non sono diminuite, non si possono fare accettare impunemente gli aumenti di onorario che pur sarebbero equi.

Il medico aumenta del cento per cento la sua tariffa, il cliente non fa obbiezioni, ma, come ha rinunciato per mancanza di mezzi ad altre abitudini, restringe l'uso del medico.

Il medico si chiama quando è indispensabile, quando non se ne può fare a meno; oggi lo si chiama quando la malattia si prolunga oltre il periodo che caratterizza la indisposizione o quando assume un aspetto allarmante. Lo si chiama per sapere di che si tratta, gli si chiedono i consigli del caso e lo si prega di ritornare quando sarà invitato nuovamente.

L'aumentata cultura e la necessità di risparmiare rende questa gente capace di assistere e curare un infermo e di sapere quando è necessario il parere dell'esperto.

Si paga il doppio il medico ma lo si consulta

tre o quattro volte di meno. Gli effetti non hanno bisogno di dimostrazione.

E pure questi medici che si trovano così a mal partito costituivano nelle città la maggioranza prima della guerra, e ora sono ancora aumentati in seguito all'inurbamento di molti colleghi, che durante il servizio militare hanno assaporato le delizie della vita cittadina.

Sono questi i veri medici proletarî. Sono questi i colleghi che più degli altri avrebbero titolo alla protezione solidale della classe. Ma è dubbio che un'azione con speranza di successo possa essere svolta a loro favore. Le loro condizioni non potranno migliorare fino a quando il numero dei medici sarà eccessivo in confronto degli effettivi bisogni della popolazione.

La produzione dei medici deve subire una contrazione.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Per una Federazione dei fasci dei medici reduci dal fronte.

In varie provincie d'Italia i medici reduci dal fronte si sono costituiti in Fascio per provvedere in modo efficace alla tutela dei loro interessi morali ed economici, compromessi, specialmente questi ultimi, dalla lunga permanenza dei sanitari in zona di guerra; e vennero così formandosi i Fasci di Torino, Milano, Genova e Bologna; e si ha ragione di ritenere che anche in qualche altra provincia d'Italia si siano costituiti Fasci analoghi dei quali però mancano ancora notizie precise.

I singoli sodalizi sopra elencati hanno formulato, in programmi quasi identici fra loro, i desiderata della classe i quali in linea generale riscuotono l' approvazione del pubblico e talora anche quella delle autorità costituite per la naturale simpatia che la gentilezza italiana accorda al reduce; ma in pratica le difficoltà che incontra l'accoglimento delle richieste formulate sono purtroppo non poche e non indifferenti.

Per superarle qualcuno ha proposto di riunire i vari Fasci in un unico sodalizio che potrebbe prendere il nome di « Federazione Nazionale » dei medici reduci dal fronte; e poichè la proposta è parsa a tutti degna della massima considerazione, desta meraviglia l'oblio nel quale è caduta l'idea che pareva destinata all'attuazione quasi immediata.

Stando così le cose, il Consiglio dei medici smobilitati di Torino, ritenendo che la Federazione dei vari Fasci dei sanitari reduci sia il mezzo più afficace e pratico per ottenere dagli Enti e dalle Autorità buona e cordiale accoglienza alle richieste avanzate, rinnova per mezzo del *Policlinico* l'invito ai sodalizi analoghi delle altre provincie di volersi unire fra di loro, e prega le singole Presidenze di voler trasmettere al Fascio di Torino, in via dei Mille, 16, la loro adesione alla costituzione della Federazione, nonchè le eventuali proposte al riguardo.

Le modalità inerenti alla costituzione della nuova grande Associazione potrebbero eventualmente venire esaminate e discusse in un convegno delle varie Presidenze od in un congresso da indirsi in epoca non lontana.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7988) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. T. da M. Le amministrazioni di pubblica beneficenza non sono obbligate per legge a corrispondere l'indennità caro-viveri ai propri impiegati. Ella, quindi, non ha diritto di ottenerla a carico dalla amministrazione del Riformatorio, ma solamente dal Comune. Però se la Pia Opera si decidesse spontaneamente a concederla, Ella potrebbe accettarla perchè non vi è incompatibilità fra le due concessioni.

(7989) *Dimissioni – Congedo.* — Dott. F. G. da S. Il medico condotto, sempre quando non si opponga qnalche disposizione contenuta nel relativo capitolato, può sempre rassegnare le proprie dimissioni dalla carica. Essendo cessato il periodo di guerra si possono riprendere le concessioni di congedo ai medici condotti, di cui ora non vi è più assillante bisogno.

(7990) *Pensioni – Servizio militare.* — Dott. M. F. da S. M. sul C.. Gli anni passati in servizio militare avrebbero potuto valere agli effetti della pensione se Ella avesse dichiarato di voler nel frattempo pagare il proprio contributo. Non avendo ciò fatto, il periodo utile per la pensione decorre dal giorno della sua effettiva iscrizione alla Cassa.

(7991) *Indennità caro-viveri – Ufficiale sanitario.* — Dott. G. B. C. da P. P. — L'ufficiale sanitario non riceve dal Comune indennità caro-viveri, sia perchè non è un impiegato comunale sia perchè non riceve stipendio.

(7992) *Medico condotto interinale – Stabilità.* — Dott. A. G. U. da V. Il medico interinale non acquista mai la stabilità nella condotta perchè la sua nomina non fu fatta a seguito di concorso.

(7994) *Certificati sanitarii per emigrazione.* — Dott. L. C. da M. Il rilascio agli emigranti dei certificati richiesti dalla legge è gratuito da parte degli Ufficiali sanitarii.

(7995) *Documenti e titoli per partecipare a pubblici concorsi.* — Dott. E. C. da C. I documenti

personali dobbono essere presentati in ogni concorso in copia autentica, cioè, fatta da un pubblico notaio, i titoli in copia semplice.

(7996) *Pensioni – Interinato – Supplenza gratuita – Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da R. Durante il servizio interinale non si è obbligati a corrispondere il contributo alla Cassa previdenza perchè tale servizio non è valutato nel computo della pensione ma unicamente per accelerare l'acquisto del relativo diritto. Nè vale addurre che nel frattempo il Comune ha versato il suo contributo proprio, perchè esso è sempre tenuto a versarlo sia che la condotta sia occupata dal titolare, sia che essa si trovi vacante o gestita da un supplente od interino. Il medico interino non ha diritto alla supplenza gratuita in caso di infermità perchè la sua posizione è precaria è tale da non costituire un vero e proprlo rapporto di impiego. L'indennità caro-viveri è corrisposta ai medici interinali solo quando occupano un posto di condotta privo di titolare, e non già quando questi sia semplicemente assente od in servizio militare. Pertanto avendo Ella occupato un posto non privo di titolare, non ha diritto ad alcuna indennità del genere.

(7997) *Liquidazione di pensione – Ricchezza mobile.* — Dott. L. S. da S. Nel quesito Ella accenna ad un ordine ministeriale mercè il quale sulla quota di pensione mensilmente spettantele non le si doveva computare la ricchezza mobile. Ora questo ordine conviene che Ella riproduca per esaminare se la ritenuta fatta dal tesoriere fu legale o meno. In tesi generale sulle quote di pensione che sono liquidate e riscosse da medici, si paga la tassa di R. M. in ragione del 7.50 % se non superano le lire 2000. Se Ella può dimostrare che non era tenuta a tale pagamento perchè ne era stato ufficialmente esonerato, lo dica perchè potessimo consigliarla sul da farsi per ottenere il rimborso di ciò che avrebbe ingiustamente pagato.

(7998) *Concorsi.* — Dott. D. C. da C. Non è improbabile che quanto prima siano ripresi i concorsi essendo se non di diritto certamente di fatto, cessato lo stato di guerra;

(7999) *Congedi a medici di Opere Pie.* — Dottore L. G. da S. di S. Ai medici delle Opere Pie non sono applicabili le disposizioni contenute pei medici condotti nella legge sanitaria, epperò, essi non possono usufruire del congedo di un mese ma di quello che è stabilito nel relativo atto di nomina o nel regolamento di servizio interno della istituzione.

(8000) *Indennità caro-viveri – Capitolato.* — Dottore F. F. da C. L'indennità caro-viveri va commisurata allo stipendio attuale di lire 108.33. Ella, quindi, ha diritto a lire 100 mensili in più dello stipendio dal 1° gennaio 1919. Non si può obbligare ad osservare un capitolato che non riportò ancora l'approvazione delle autorità competenti. Il Consiglio comunale può senza preventiva approvazione del Prefetto comminare la sospensione al proprio medico condotto. Contro la relativa deliberazione si può ricorrere alla G. P. A. in sede contenziosa, per soli motivi di legittimità se la sospensione non supera i tre mesi, anche nel merito se è per tempo maggiore.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

NELLE UNIVERSITÀ ITALIANE.

Sono stati banditi i seguenti concorsi a cattedre universitarie:

1. Patologia speciale chirurgica alla R. Università di Messina.
2. Anatomia umana a Sassari.
3. Medicina legale a Cagliari.
4. Anatomia patologica a Sassari.
5. Clinica medica a Messina.
6. Clinica oculistica a Cagliari.
7. Clinica ostetrica a Messina.
8. Materia medica a Cagliari.
9. Igiene a Cagliari.
10. Patologia generale a Sassari.
11. Clinica pediatrica a Messina.
12. Zoologia e anatomia comparata a Sassari.
13. Fisiologia a Sassari.

La presentazione dei documenti scade il 27 dicembre.

GENOVA. *R. Clinica Medica.* — Sono disponibili due posti di aiuto e quattro di assistente, nel ruolo del personale volontario, secondo le recenti disposizioni ministeriali. Gli aspiranti devono rivolgere entro il 10 novembre domanda alla direzione della Regia Clinica medica di Genova in carta libera corredandola di tutte le indicazioni che credono opportune nel loro interesse.

Medico-chirurgo, trentatreenne, otto anni di laurea, pratica ospedaliera, maternità, condotta, accetterebbe subito ottimo interinato, possibilmente non in montagna, e con probabile stabilità. Scrivere dott. A. Messa, S. Marco Teano (Caserta).

Giovane medico cerca buon interinato o posto di assistente interno in qualche Ospedale. Scrivere: dottor De Marco Cristino, Roccamorice (Chieti).

Giovane medico cerca subito lungo interinato o buona condotta preferibilmente media od alta Italia, o posto d'assistente in Ospedale. Scrivere: dott. Giuseppe Di Leo, Trinitapoli (Foggia).

Medico chirurgo disposto accettare interinato. Scrivere condizioni: dott. Dino Battisti, Cortona (Arezzo).

Medico-chirurgo ex capitano non essendo più disposto di ritornare al servizio di piccola amministrazione comunale e comunque condotto, cerca posto presso Società industriale, miniere, ecc., disposto anche recarsi in colonia ed all'estero: Scrivere: Gastone Bulleri, San Martino, 33, Pisa.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

I nuovi senatori.

Sono stati elevati alla dignità senatoriale:

Bianchi prof. Leonardo, ordinario di clinica neuro-psichiatrica a Napoli, ex-ministro della P. I., ex deputato di Montesarchio.

Pascale prof. Giovanni, ordinario di clinica chirurgica a Napoli.

Queirolo prof. Giov. Batt., ordinario di clinica medica a Pisa, ex deputato di Pisa.

Rampoldi prof. Roberto, docente di clinica oculistica a Pavia, ex deputato di Pavia.

Rattone prof. Giorgio, ordinario di patologia generale a Parma, ex deputato di Aosta.

Ai cinque illustri rappresentanti della medicina esprimiamo le nostre cordiali congratulazioni, in nome della famiglia sanitaria italiana.

Registriamo con compiacimento anche la nomina a senatore dell'on. avv. Giovanni Ciraolo, ex-deputato di Fano, presidente generale della C. R. I.

Il prof. dott. Aldo Cernezzi è stato chiamato a dirigere una sala chirurgica annessa all'Ospedale Civile di Saronno (Milano).

NOTIZIE DIVERSE.

La lotta antitubercolare a Pavia.

Il Comitato antitubercolare provinciale, riunitosi in Prefettura a Pavia, ha discusso a lungo sulle modalità della lotta e sulla istituzione di un tubercolosario, di dispensari, di un sanatorio. Ha poi nominato una sottocommissione per la propaganda, allo scopo di formare una coscienza non solo nelle classi popolari, ma anche in quelle medie per la diffusione della conoscenza dei mezzi di profilassi e di quelli finanziari necessari a tale lotta.

Il Comitato ha quindi approvato un ordine del giorno, in cui, mentre plaude alla deliberazione presa in sua ultima seduta dal Consiglio Provinciale per la formazione di un Ente Consorziale tra Provincia, Comuni ed altri Enti benefici, allo scopo di provvedere alla cura ed alla profilassi della tubercolosi, si fanno voti che tale Consorzio divenga presto un fatto compiuto, dichiarando che il Comitato Provinciale si mette sin d'ora a disposizione di detto Consorzio per coordinare tutte le forze intese all'immane lotta contro il micidiale morbo, invocando nel contempo la creazione di un Ente che, servendosi dell'aiuto finanziario dello Stato, crei delle case salubri contro quei focolai terribili di infezione, che sono alcune abitazioni, sia della città che della campagna.

L' Ospizio Marino a Bagnoli.

Nel mese di agosto vennero inaugurate, nell'Ospizio Marino dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri di Napoli, le nuove sezioni aggiunte concesse dal Ministero dell'Interno (Direzione generale di Sanità) su richiesta del Direttore sanitario prof. comm. Curcio e con l'interessamento speciale del prefetto di Napoli e del benemerito medico provinciale prof. Corselli.

Nei padiglioni Doeker verranno ricoverati per turno i bambini dei Comitati civili di Benevento, Campobasso, S. M. Capua, ecc.

Nelle tende tipo Croce Rossa, donate anche dal Ministero, verranno ospitati le graziose schiere di bambini « sani » appartenenti ad asili, ricoveri, orfanotrofi ecc., che tanto si gioveranno delle benefiche cure marine su quella incantevole spiaggia di Bagnoli, unica al mondo per tutte le sorgenti minerali che vi affluiscono al mare.

L'Amministrazione comunale ha fatto eseguire a sue spese i lavori di giardinaggio, concedendo centinaia di piante ed alberi per abbellire la grandiosa ed importante Istituzione.

L'inaugurazione, con l'intervento delle Autorità, venne fatta solennemente il 24 agosto.

All'inaugurazione il prof. Curcio tenne un discorso nobile e denso di scienza e di amore: esso illustra importanti problemi, che fanno, o dovrebbero fare, molto pensare.

Nuovo Ospedale.

A Castelfranco Emilia è stata iniziata la costruzione di un ospedale capace di 150 letti, dovuto alla generosità del signor Fausto Piazza, che ha assunto su di sè la spesa, preventivata in mezzo milione.

Alla posa della prima pietra pronunziò un discorso il prof. Silvagni.

Società Francese di Storia della Medicina.

Dopo cinque anni d'interruzione, questa Società, che era stata fondata nel 1902, ha ripreso le sue sedute, presso la Facoltà di Medicina di Parigi.

Il presidente, prof. Jeanselme, membro dell'Accademia di medicina, fece una interessante comunicazione, corredata da fotografie, su manoscritti medici della Biblioteca Nazionale di Parigi. Il prof. Roger, decano della Facolta, annunziò il progetto di creare un Museo di storia della medicina.

Il Bollettino della Società vedrà nuovamente la luce nel gennaio del 1920. Vi sarà fatto largo posto alla bibliografia ed ai resoconti dei lavori concernenti la storia della medicina.

La quota, di 12 frs. l'anno, conferisce il diritto al Bollettino ed a tutte le pubblicazioni della Società.

Le adesioni e i manossritti debbono essere indirizzati al segretario generale della Società, sig. Josseyeux, avenue Victoria, 3, Parigi.

Assoluzione di un medico inglese.

Dopo un clamoroso processo, il dott. M. H. Munden di Londra ha ottenuto dal Tribunale un verdetto di piena assoluzione dall'accusa mossagli di avere abusato di una cliente, signora Hack von Hack, che egli curò per cinque anni di isterismo, di alcoolismo cronico e di vari aborti.

L'accusa, appoggiata dal marito della signora Hack (che chiedeva il divorzio) e dalla testimonianza della domestica, risultò non solo insussistente, ma inverosimile.

Tra le lettere d'accusa portate al processo non risultò neppure un rigo scritto dal dott. Munden, il quale non fosse di prescrizione medica.

L'On. EDOARDO BONARDI.

Il corpo sanitario milanese ha perduto in questi giorni uno dei suoi membri più valorosi. A Laino d'Intelvi ove era nato 59 anni or sono si è spento il 4 settembre u. s. il prof. Edoardo Bonardi, lasciando un grande vuoto fra i famigliari, fra gli amici, fra i colleghi.

Laureatosi nel 1879, subito ottenne il posto di insegnante di storia naturale alle scuole normali femminili e poi al liceo, e non pago di ciò, prese poco dopo anche la laurea in chimica generale. Ma lo studio della medicina lo attraeva più degli altri, e, pur attendendo a quell'insegnamento, frequentò i corsi della facoltà medica lombarda e vi si laureò nel 1887; e nel 1888-89 fu assistente di Leopoldo Maggi alla cattedra di anatomia comparata. In quel periodo il prof. Grocco, essendo passato dall'insegnamento della patologia speciale medica alla Clinica ed all'Università di Pisa, avendone intuíto il grande valore, lo chiamò presso di sè subito come aiuto.

Libero docente di patologia speciale medica, nel 1892, avendo vinto primo su 43 concorrenti il concorso di direttore e primario degli Ospedali riuniti di Lucca, passò colà; ed ivi svolse il più fecondo periodo della sua attività scientifica, mentre faceva trasformare radicalmente quegli ospedali non solo per l'edilizia ma anche per l'ordinamento interno e per la dotazione dei migliori mezzi di studio.

Nel luglio 1899 nominato per concorso medico primario all'Ospedale Maggiore di Milano vi portò lo stesso spirito novatore e l'attività scientifica e didattica che ai giovani sapeva instillare l'amore per la scienza e per le ricerche cliniche complete: e vi rimase finchè le condizioni di salute glielo permisero.

La sua produzione scientifica copiosa e multiforme comincia da un lavoro di geologia premiato da un'accademia scientifica americana, ma continuò poi interamente nel campo della medicina, ove lasciò un'orma profonda specialmente nello studio delle forme infettive, dell'arteriosclerosi, del morbo di Kahler, del morbo di Hutinel-Pick.

Le sue qualità di scienziato veramente geniale brillavano in modo speciale nell'insegnamento: le sue lezioni religiosamente fraquentate dai giovani medici erano ascoltate con vivo piacere da numerosi colleghi già sperimentati dall'età e dalla pratica.

Incaricato dell'insegnamento della medicina sociale agli Istituti Clinici di perfezionamento, dimostrò come agli scopi sociali non bastino le cogniz,oni igieniche ma occorre il sussidio dell'osservazione clinica quotidiana, e fu fra i primi a intuire che il problema della tubercolosi non può risolversi colla cura dei sieri e dei vaccini, ma in via preventiva e in via terapeutica, con provvedimenti d'igiene sociale.

Repubblicano mazziniano da giovane, s'inscrisse successivamente nel partito socialista ufficiale e vi rimase senza prendervi una parte molto attiva e specialmente fu un solitario negli ultimi anni quando l'evento della guerra lo fece tacitamente dissentire dai compagni di fede.

Era deputato del collegio di Alessandria fin dal 1913.

Idealista, battagliero e uomo di gran cuore, restò incompreso dalla masse e a disagio fra i suoi. Il rimpianto per la perdita del maestro si accresce in chi lo avvicinò, per la bontà che a tutti egli sapeva dimostrare e per il suo compiacimento e la sua stima che confortavano quelli che nell'attività ospitaliera non tralasciavano l'indagine scientifica da Lui prediletta, e che alla memoria di Lui mandano l'estremo vale.

Prof. G. VIGEVANI.

Il fascicolo 9° (1 settembre 1919) della nostra SEZIONE MEDICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati, contiene:

I. Dott. **G. Vernoni**. - *Studi sulla influenza epidemica;*

II. Prof. **G. Antonelli**. - *Cirrosi biliare a forma ipersplenomegalica.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 5 ottobre 1919* **Fasc. 40**

(Pubblicato il 30 ottobre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI IN TORINO.
Sezione chirurgica diretta dal prof. BOBBIO.

Su di un caso di linfangioma cistico congenito

per il dott. J. ABOULARAGE, assistente.

Il caso che brevemente illustro mi è parso interessante più per l'enorme estensione assunta dal tumore, poi per le sue peculiarità anatomiche, come risultò dall'atto operativo.

C.... E...., di mesi 12, da C...., entra nell'ospedale il 21 agosto 1917. Nell'anamnesi non si trova alcunchè degno di nota e che possa aver rapporto con la presente malattia, sia in linea diretta che collaterale. La bambina nacque da gravidanza e parto regolari; è sana e di sviluppo generale regolare in confronto alla sua età.

Fin dalla nascita la piccola paziente presentava nel cavo ascellare destro un tumore grosso come un uovo di gallina, ricoperto da cute normale, ed un altro sulla regione scapolare in corrispondenza dell'angolo mediale dell'omoplata destro, grande come un soldo. Questo ultimo andò man mano sviluppandosi fino a raggiungere la grandezza attuale d'uno scudo: esso è ricoperto da cute leggermente violacea, ha limiti netti e lo spessore d'un centimetro; è formato da un aggrovigliamento di vasi sottocutanei; è elastico e riducibile alla compressione. Il tumore ascellare, invece, specie negli ultimi tempi, aumentò più notevolmente, fino a raggiungere il volume attuale del pugno d'adulto, occupando tutto il cavo ascellare e giungendo circa al terzo superiore del braccio. Esso spostava in alto il braccio e si spingeva in avanti fin quasi alla mammella, indietro fino alla scapola, e sul torace fino alla IX costa. (Fig. I).



Fig. 1.

Il tumore, costituito da nodi di diversa grandezza e ricoperto da cute lucente, spessa ed edematosa senza rete venosa, nè cutanea, nè sotto-

cutanea, risultava sulla faccia latero-esterna diviso da due solchi trasversali, superficiali, in tre parti: una distale, una media ed una prossimale, di volume disuguale, in modo da avere la forma di un cono con la base nel cavo ascellare e l'apice verso la piega del gomito. Quasi nel centro di ogni solco si notava un orifizio fistoloso. grande come la capocchia di spillo, dai quali, specialmente alla compressione, fuorusciva del liquido biancastro inodoro. Alla palpazione, il tumore presentava una consistenza in parte elastica ed in parte nettamente fluttuante ed era aderente alla cute ed agli strati profondi, e non riducibile alla pressione.

Arrecando maggiore disturbo alla piccina quest'ultimo tumore, si ricorse alla sua asportazione, che venne eseguita dal prof. Bobbio e che fu assai laboriosa per gli intimi rapporti esistenti fra il tumore e il plesso angio-nervoso.

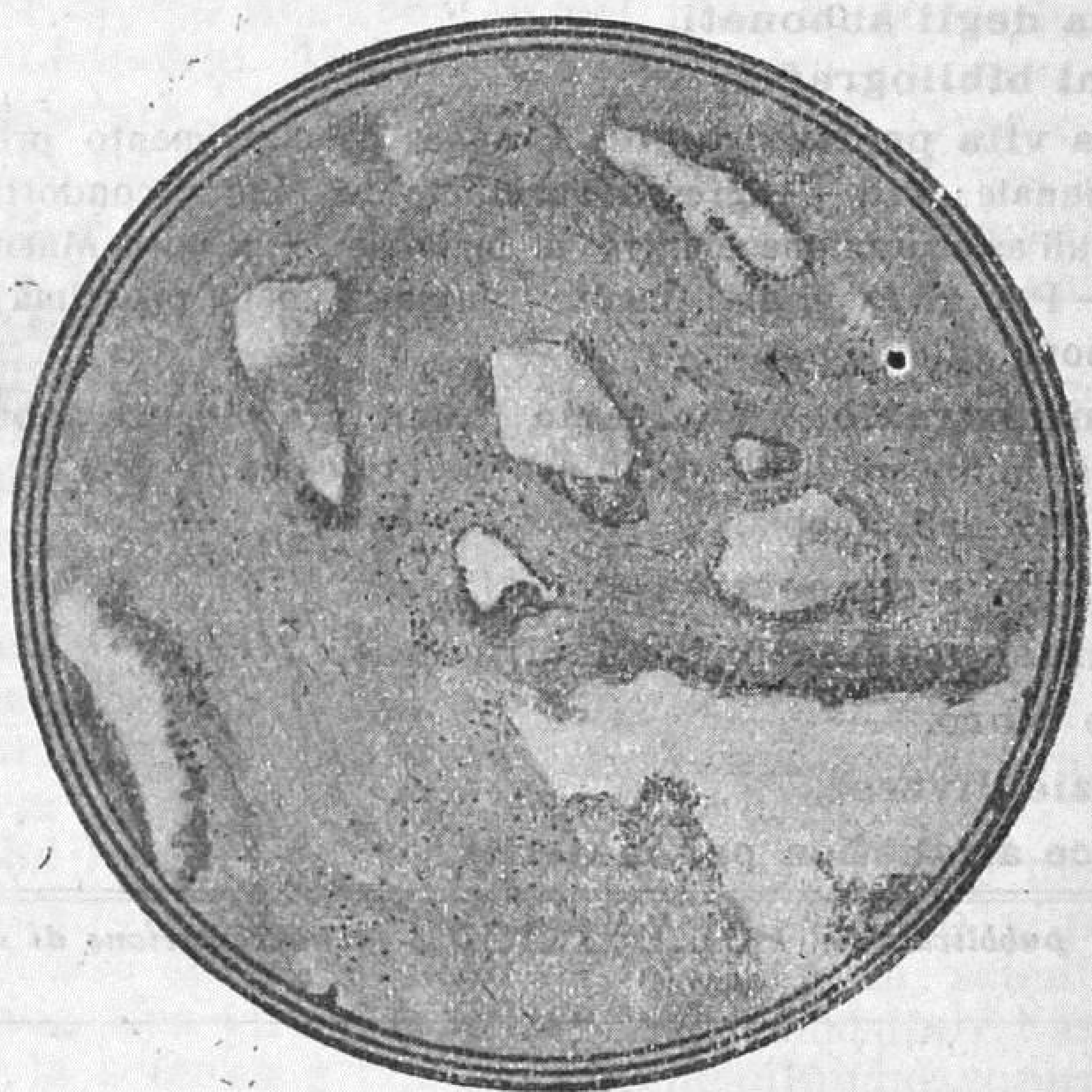

Fig. 2.


Fig. 3.

Cloro-narcosi. Incisione lungo tutto il tumore, dalla base dell'ascella al terzo superiore del braccio. Dissezione della cute che si presenta elefantiasica. Il tumore, formato da un conglomeramento di cisti sierose ed alcune ematiche, è aderente alla cute con cui fa corpo e profondamente ai muscoli e agli elementi del fascio angionervoso. Si mette bene in evidenza il mediano e l'arteria. Si constata che il tumore proviene dagli elementi ganglionari linfatici dell'ascella e non può essere estirpato « in toto » perchè infiltra i tessuti profondi con propagini in gran parte solide. Resezione con asportazione della maggior parte del tumore. Emostasi definitiva. Resezione di cute e sutura cutanea parziale.

Dopo l'intervento non si avverte il polso della radiale.

Estirpato il tumore, esso presenta il volume d'un grosso arancio ed una consistenza elastica. Al taglio appare formato da tante cisti, di cui alcune sierose, altre ematiche che si sono fuse assieme e da alcune delle quali fuoriesce del liquido sieroso limpido. Tutto il tumore appare circondato da una capsula. La cute che ricopriva il tumore è assai spessa, in alcuni punti misura 3 centimetri; è edematosa ed elefantiasica.

Il tumore viene messo in formalina per l'esame istologico. Per le colorazioni mi sono servito dell'ematossilina ed eosina e Wan Gisow.

Dopo l'intervento, nei primi giorni la temperatura della piccina oscillava tra il 38° e 39°.5 alla sera, mentre al mattino scendeva fino a 37°.5-37°; essa però andò gradatamente diminuendo per raggiungere la normale il decimo giorno. Nei primi due giorni si ebbe anche linforrea imponente, commista a sangue. La guarigione della ferita operatoria avvenne in parte per *primam* ed in parte per *secundam* e l'a. lasciò l'ospedale il 5 ottobre in condizioni generali buone.

L'esame istologico del tumore confermò il reperto macroscopico, trattasi, cioè, di linfangioma cistico, in cui le pareti delle cisti sono costituite da tessuto connettivo compatto e ricco di vasi sanguigni. (Fig. 2 e 3).

Delle cisti alcune sono piccole, a pareti e cavità regolari, di forma rotondeggiante, limitate da uno strato continuo di endotelio; altre a pareti sfrangiate e più grandi, sono completamente prive di endotelio, limitate da semplice e puro connettivo; altre infine di dimensione ancora maggiore, a cavità e pareti irregolari, sono parzialmente tappezzate da endotelio che si nota specialmente in prossimità dei vasi sanguigni e pare che queste cisti siano formate dal dilatarsi e dal rompersi degli spazi linfatici perivasali. Il contenuto delle cisti è generalmente costituito di linfa, sebbene si trovino di quelle a contenuto ematico, ma scarse. Infine in alcuni punti del tumore si nota qualche stravaso sanguigno avvenuto certamente durante l'atto operativo.

Come si sa, il linfangioma è un neoplasmo costituito di cavità più o meno grandi contenenti linfa e rivestite da endotelio. Nei singoli casi però non è sempre possibile il decidere se si tratta di una vera neoformazione di vasi o di una dilatazione ed ispessimento secondario dei vasi preesistenti. Secondo Wegner, che fin dal 1877, prendendo per base l'aspetto delle cavità linfatiche, aveva stabilito le tre classi di linfangioma (semplice, cavernoso, cistico) vi sarebbero tre

meccanismi diversi che darebbero origine al linfagioma. Nel primo si avrebbe una lenta e continuata dilatazione dei vasi linfatici preesistenti con neoformazione dell'endotelio, causati da una stasi della linfa per linfangite e trombosi o per compressione di un tronco afferente; nel secondo vi sarebbe una neoformazione degli endoteli linfatici in modo da formare delle cavità che vengono riempite di linfa proveniente da vasi preesistenti; infine Wegner fa notare come in un tessuto di granulazione si possano formare delle cavità che venendo in contatto coi vasi linfatici, non solo si riempiono di linfa, ma anche ne presentano dei caratteri istologici.

Questo modo di vedere del Wegner non venne accettato da altri autori. Contro la prima ipotesi andò il Langhans poichè non si è mai constatata una trombosi delle vie linfatiche, e Schwargenberg, dallo studio di un linfangioma misto cistico e cavernoso del grande omento, ritenne che i linfangiomi, come gli emangiomi, siano dovuti ad una dilatazione circoscritta dei capillari linfatici preesistenti e neoformati, ciò che Ligorio ritiene non come « una spiegazione », ma come « una constatazione di fatto ». Secondo Schmidt la stasi linfatica avrebbe solo una importanza in quanto che è causa di una ipertrofia da lavoro del vaso, ma il punto più importante del processo consiste nella neoformazione. E questa ipotesi andrebbe d'accordo col secondo modo di vedere del Wegner e del Langhans, il quale ammette che il tumore provenga da una alterazione di accrescimento dei tessuti nel luogo di sviluppo di essi e in special modo nelle pareti dei vasi linfatici. E il Segàle dal caso che egli aveva studiato seguendone gli stadii di sviluppo potè concludere che quel linfangioma era una forma neoplastica vera e non una semplice ectasia. Di questa idea sono pure Brazis, Esmark e Kulenscampf che ne aggiungono il carattere congenito, ciò che viene confermato dal fatto che questi tumori si incontrano alla nascita o anche nei primi stadii della vita endouterina, come nei casi di Morgan e Lorain, e in quello di Guillaumet, ambedue feti di 4 mesi, ed in quelli di Lelong e Depres a 5 mesi.

Il terzo modo di vedere del Wegner venne riconosciuto dal Rindfleisch, citato dal Catterina, e da Schwangerberg.

Krinski ritiene che il connettivo adiposo e fibroso sia origine di nuovi vasi linfatici e che le cellule di quei tessuti formino gli elementi endoteliali. Di questo parere è pure il Catterina, ritenendo che tali neoformazioni provengano dalla divisione del connettivo i cui spazi prendono poco a poco il carattere di canali linfatici rivestendosi di endotelio, il quale prolificando dilata il canale fino a trasformarlo in una vera cisti, talvolta priva di rivestimento endoteliare. Così pure prolifera l'endotelio degli spazii linfatici perivascolari che si connette poi con le vie linfatiche preesistenti. Bayer pure pone la primitiva origine del tumore negli spazi perivascolari con una proliferazione peritelliale.

Barbacci, infine, distingue due casi, nell'uno molti linfangiomi sarebbero dovuti, come gli emangiomi, a « modificazioni intervenute in distretti vascolari preesistenti », in altri invece si abbia « una vera e propria proliferazione atipica di vasi, cioè un tumore nel senso proprio della parola ».

Certo è che l'origine di questi tumori deve essere congenita ed embrionaria, non solo per il fatto che s'incontrano alla nascita e si sviluppano nei primi periodi della vita, ma anche perchè prediligono la faccia, il collo, le ascelle, l'inguine, quelle regioni, cioè, che sono sedi dei tumori vascolari sanguigni e delle cisti dermoidi e branchiali, in punti insomma dove si ha un maggior lavorio di sviluppo ed una maggiore trasformazione dei tessuti.

Già fin dalla nascita il linfangioma presenta delle dimensioni differenti; lo sviluppo ulteriore è lento e progressivo tanto da arrecare ai pazienti gravi disturbi, quali l'impedimento nei movimenti dell'arto, compressioni di vasi, e, nel caso di un igroma del collo, dar luogo a compressione dell'esofago, spostamento in alto della lingua da impedire l'alimentazione e il respiro. Il tumore talora si sviluppa nel tessuto adiposo sottocutaneo e si estende in profondità, tal'altra nel tessuto connettivo profondo, specie in quello della guaina dei vasi, e di qui si porta allo esterno. In questo caso, come nel nostro, il tumore può inglobare importanti vasi da rendere, se non impossibile, assai difficile la sua estirpazione totale.

Ad ogni modo si tratta di un tumore molle, elastico, di solito poco teso, a superficie liscia o bernoccoluta dovute alla presenza delle cisti. La pelle che ricopre il tumore generalmente è spostabile, in certi casi è assottigliata per la distensione, in altri invece, prendendo parte al processo, è, come nel nostro caso, elefantiasica.

In quanto alla diagnosi differenziale, dai tumori, specie dai lipomi, si deve ricordare che il linfangioma è per lo più congenito, ha una superficie bernoccoluta e presenta una fluttuazione, se non in tutta la sua massa, almeno in alcuni punti ed infine generalmente è riducibile; tuttavia è possibile lo scambio quando il linfangioma, sviluppatosi negli strati profondi, non abbia raggiunto la superficie. Infine, nel dubbio, si potrà ricorrere alla puntura di saggio. Con questa

se si tratta di emangioma, spesso continua la perdita di sangue dall'orifizio della puntura; se si tratta invece di cisti emorragiche queste si afflosciano e non vi ha emorragia.

In quanto alla cura, la più razionale è l'estirpazione totale, ma, come sopra si disse, vi sono dei casi in cui l'intervento non è senza pericolo per i rapporti intimi coi vasi sanguigni, per cui si tentano in generale i metodi incruenti, quali la puntura con iniezioni di soluzioni iodiche diluite, l'ignipuntura e l'elettrolisi. Non mi risulta se siano efficaci e d'effetto sicuro i raggi Röntgen o il radium; certo, a mio debole parere, si potrebbero tentare.

In caso che il paziente per lo stato generale in cui si trova non potesse sopportare l'intervento e che la via incruenta non diede buon risultato, si può ricorrere alla incisione delle cisti col tamponamento asettico, secondo Völffler, e, ottenuta la cicatrizzazione della ferita operatoria, non si potrebbe applicarvi la Röntgen-terapia, precisamente come si fa per i tumori maligni?

BIBLIOGRAFIA.

1) ALBERT. « Lehrbuch der spezielle Chirurgie », Wien, 1897, vol. 1, p. 216.
2) ANDERS. « Jarb. für Kinderheilkunde », N F, vol. 16, 1881, p. 429.
3) BAJARDI. *Sulla macroglossia muscolare.*
4) BARBACCI. « Lo sperimentale », 1891.
5) BILLROTH. « Beiträge zur pathologische Histologie », pag. 218.
6) BRAZIS. « Beiträge für klinische Chirurgie », vol. 18, n. 2.
7) BUSCH. « Verhand. der deutschen Ges. für Chirurg. », 1° Kongress, Berlin 1874, p. 34.
8) CATTERINA. *Sui tumori linfatici e sanguigni.* — Vallardi, Milano.
9) GIORGIEVIC. « Archiw f. klin. Chir », vol. XII.
10) HEUSS. *Linfangioma circumscriptum cisticum vulvae.* « Monatshefte f. praktische Dermatologie », T. XXIII, e « Gynaekologia Helvetica », 1904, p. 30.
11) HESCHL. *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark.* — Graz. 1874-75.
12) KALDEN. *Tecnik der histologische Untersuchungen.* — Genf. 1900.
13) KAREWSKI. *Die chir. Krankheiten des Kindersalters.* — Stuttgart, 1894, p. 722.
14) KIRMISSON. *Traité des malades chirurgicales d'origine congenitale.* — Paris, 1898.
15) KOETTLY. « Annals of Surgery », 1888 t. II, p. 386.
16) KRYNSKY. *Przyczynki do anatomi,* ecc. « Cb. f. allg. Path. », Bd. V. (Citato da SEGÀLE).
17) LANGHANS. « Virchow's Archiv. », vol. 75.
18) LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des Kystes congenitaux.* — Paris, 1886.
19) LIGORIO. *Su quattro casi di linfangioma cistico congenito.* « Riforma medica », 1901, pagina 26.
20) LÜCKE. « Virchow's Archiv. », vol. 33, 1865, p. 331.
21) MINASSIAN. *Linfangioma circoscritto primitivo della pelle.* « Rivista veneta d. Soc. Mediche », n. 9, 1908.

22) MÜLLER. *Zur Casuistik der Lynfangiome.* « Beiträge für klin. Chir. », vol. 1° 1885, pagina 493.
23) NASSE. *Ueber Lynfangiome.* « Langenbeck's Archiv. », vol. 38, p. 638.
24) PELAGATTI. *Linfangioma circoscritto della mucosa del palato.* « Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle », fasc. 1, 1907.
25) PILATE. *Bullet. et mem. de la societé de chir. de Paris,* 1875, vol. IV, p. 815.
26) PINNER. « Centralblatt für Chir. », 1880, n. 12, p. 177.
27) PIÉCHAUD. « Précis de chirurgie infantile ». Paris, 1900.
28) PITHA e BILLROTH. *Trattato di patologia chirurgica generale e speciale,* vol. 2.
29) PORTER. « Boston med. and surg. journal ». 1886, febbr. 18.
30) RANKE. « Archiv. für klin. Chir. », 1888, pagine 251.
31) REMEDI. *Sull'ematolinfangioma misto.* — Atti della R. Accad. fisiocritici serie IV, vol. 8, Siena 1897.
32) RIEDINGER. « Deutsche Chir. », 1888, p. 251.
33) RINDFLEISCH. *Lehrbuch des path. Anatomie. mie.*
34) ROLANDO. *Sul linfangioma cistico congenito del collo.* « La Liguria medica », n. 22, 1907.
35) SCHWARZEMBERG. *Ein Fall von Cyste des grossen Netzen.* « Beiträge zur klin. Chir. », volume X (citato dal CATTERINA).
36) SEGÀLE. « Policlinico », 1904, Sez. Chirurgica, vol. XI c., fasc. 7.
37) VERCHÈRE. *Contribution à l'étude du traitement der Kistes du cou;* rapport par M.r WALTHER. « Bull. et mem. de la Soc. de chir. », 1896, p. 771.
38) WEGNER. *Ueber Lynfangiome.* « Langenbeck's Archiv. für klin. Chir. », vol. 20, pagina 641.
39) WÄLSCH. « Arch. f. Dermat », Bd. 51.
40) WINTERSTEINER. « Arch. f. Ophtalmologie », Bd. 45.
41) WINTER. « Berliner klin. Wochenschrift ».

RIVISTE CRITICHE.

Il valore delle recenti conquiste nello studio di alcune malattie interne sifilitiche

per il prof. TOMMASO PONTANO.

(Continuazione).

Sui *reni* sono progredite le nostre cognizioni esatte coi lavori moderni, sebbene i danni precoci e tardivi della malattia fossero noti ai clinici antichi. La frequenza di tale complicanza della lues è variamente riferita: nella statistica dello Spiess su un materiale di 220 cadaveri di sifilitici i reni erano indenni solo in 28 casi; Karvonen afferma che nella metà dei casi o almeno in un terzo di essi il rene è colpito dal processo specifico.

La affezione del rene può presentarsi fin dai periodi più precoci della malattia: quando l'esantema non è ancora comparso o per lo più col sopravvenire delle manifestazioni secondarie. Una delle sindromi più frequenti è l'*albuminuria* non accompagnata nè da edemi nè da sintomi uremici.

L'albuminuria non oltrepassa di solito l'uno per mille, nel sedimento si rinvengono epiteli renali, leucociti, emazie, qualche cilindro ialino e granuloso. Essa è con ogni probabilità dovuta al circolare, in questo periodo, dello spirochete che invade i reni e si ritrova non raramente nelle urine: rappresenta per la sifilide quello che per le malattie batteriche rappresentano le le così dette albuminurie febbrili. Sono dovute certamente alla malattia in sè e non alle cure, come da qualcuno si è detto. Essa compare anche quando nessuna cura è stata iniziata, per lo più anzi scompare con cura adatta. Inutile dire che il mercurio può ledere il rene determinando in qualche caso un reperto urinario simile; è oramai assodato però che il Salvarsan per sè non è capace di ledere il rene nelle dosi curative. Le albuminurie, che sopravvengono dopo le prime iniezioni di arsenobenzolo, rappresentano con ogni verosimiglianza una reazione di Herxheimer (Citron).

Anche precocemente, ma sempre in un periodo più avanzato della malattia, e qualche volta in un periodo tardivo, sorge una caratteristica affezione renale sifilitica che si può considerare *una delle più tipiche forme di nefrosi.* La quantità delle urine diviene scarsa, compaiono gli edemi che dominano il quadro morboso. L'albuminuria raggiunge alti gradi (5-10 fino al 50 per mille), nel sedimento urinario non si hanno leucociti o scarsi, non emazie, ma numerosi cilindri ialini e granulosi, scarsi cilindri cerei, e ricca quantità di lipoidi che ricoprono quasi tutti i cilindri e gli epiteli renali sfaldati ed eliminati. Si riesce anche (Hoffmann e Verpahl) a mettere in evidenza le spirochete nell'urina. Non si presentano segni uremici, la pressione sanguigna è d'ordinario normale. Muk, che ha messo in evidenza la presenza di granuli di lipoidi, afferma che essi ne costituiscono una vera caratteristica, che basta a differenziarla dalla nefrite, per esempio, da sublimato e la distinzione non è chi non veda quanto nei riguardi della cura sia importante. Anotomo-patologicamente la nefrosi sifilitica è una affezione che colpisce i tubuli contorti, lasciando pressochè integri i glomeruli; macroscopicamente i reni assumono l'aspetto del grosso rene bianco.

Solo in un periodo tardivo la sifilide determina nei reni *croniche alterazioni,* le quali conferiscono al quadro clinico le caratteristiche del rene arteriosclerotico e del rene grinzo genuino con aumento della pressione, ipertrofia cardiaca, dilatazione fino allo scompenso; nemmeno anatomicamente è dato il più delle volte di differenziare queste dalle comuni alterazioni croniche dei reni.

Di grande interesse sono le alterazioni delle glandule a secrezione interna nel primo periodo della malattia. La *tiroide* è una delle più frequentemente colpite con iperemia ed edema, che determinano un ingrossamento di essa. I lobi laterali sono più evidentemente lesi; il quadro clinico è quello dell'*ipertiroidismo.* Ma una sintomatologia d'ipertiroidismo può manifestarsi anche senza che obbietivamente si possa nulla constatare: probabilmente i soli poteri di secrezione interna sono alterati. Raramente l'espressione clinica dell'affezione tiroidea è rappresentata dai segni d'insufficienza o dal mixedema. Mancano sintomi che ricordino le affezioni delle surrenali nella sifilide precoce, come pure dell'ipofisi, a meno che non si vogliano interpretare come sintomi dell'affezione ipofisaria la poliuria che qualche volta si accompagna alle manifestazioni secondarie.

Le *articolazioni* meritano di essere ricordate come sede frequente della localizzazione precoce dell'affezione sifilitica: quanto spesso noi dobbiamo domandare ai pazienti, nei quali vogliamo scoprire la traccia di manifestazioni sifilitiche, se egli ha sofferto di reumatismo, e quanto spesso anche dai medici vediamo confuse le poliartriti acute e subacute specifiche con reumatismi comuni. La manifestazione più frequente della sifilide precoce sulle articolazioni è costituita dalle *artralgie,* senza che obbiettivamente nulla si riesca a constatare. Caratteri particolari sono la compromissione di molte e non di una

sola articolazione, dolori di differente intensità nelle varie ore del giorno, nettamente più intensi sulla sera e durante la notte.

Renvers afferma che il fondamento anatomico delle artralgie è dato da iperemia e da leggera essudazione sierosa della sinoviale. Spesso le artralgie aumentano subito dopo la prima iniezione di arsenobenzolo (reazione di Herxheimer).

Una forma che deve essere tenuta sempre ben presente nella mente del medico, e che si osserva pure nel periodo precoce della sifilide, *non si differenzia obbiettivamente dal comune reumatismo poliarticolare febbrile*. Le articolazioni come in questo si gonfiano, sono dolenti nei movimenti e alla pressione, la malattia si diffonde da una all'altra delle articolazioni; talora ne invade contemporaneamente parecchie. Può questa forma di pseudoreumatismo sifilitico, associarsi ad altre manifestazioni della sifilide, ma può manfestarsi come unico segno di essa. Non si hanno criteri obbiettivi di diagnosi differenzale, ma il criterio curativo è importante poichè lo pseudoreumatismo sifilitico resiste ai preparati salicilici, generosamente somministrato, non dà mai endocardite, può essere sospettato nella sua natura quando la reazione del sangue col metodo di Wassermann è positiva. Se tali reumatismi durano molto tempo, senza che si intervenga con la cura specifica, si accompagnano ad anemia del tipo secondario piuttosto grave e talora i malati cadono in istato di cachessia: tale concomitanza morbosa è, secondo alcuni, criterio importante per la diagnosi.

Un'altra forma di *artrite* per lo più *monoarticolare* somiglia nei suoi caratteri obbiettivi alle affezioni tubercolari delle articolazioni: tumefazione poco dolente, presenza di liquido nell'articolazione, ispessimento della sinoviale e della capsula fibrosa. Tardivamente, e secondo qualche autore, precocemente, partecipano all'affezione le cartilagini e talora anche le ossa.

Sulle *artriti deformanti* non è concorde il giudizio dei clinici: certo nei casi di artrite deformante poliarticolare del tipo dell'*artritis pauperum* la Wassermann è sempre negativa, mentre con una certa costanza la sieroreazione risulta positiva nelle artriti deformanti monoarticolari. In questa opinione convengono Hechmanns e Citron.

Un posto d'onore merita la *sifilide del sistema nervoso*: le ricerche moderne hanno dimostrato che una localizzazione del virus sifilitico può già essersi costituita senza che nulla richiami la nostra attenzione, hanno esteso e rassicurate le nostre nozioni sulla etiologia di alcune malattie, le quali hanno, per lungo tempo, costituito il punto di mira di una falange di studiosi.

Il laboratorio ha contribuito non poco a rischiarare il campo della sifilide del sistema nervoso. La reazione di Wassermann, già così preziosa nel siero del sangue per svelarci le infezioni asintomatiche, ha trovato felice applicazione per scoprire le lesioni del sistema nervoso, quando clinicamente non si ha nessun sintoma particolare: mentre il ritrovare una reazione positiva del siero non dice che il sistema nervoso è colpito, il ritrovarla invece nel liquor è ormai segno sicuro della localizzazione nell'asse cerebro-spinale.

Ma l'esame del liquor non si arresta a questa reazione sola: sebbene non specifiche per la sifilide, altre ricerche morfologiche e chimiche sul liquor attestano il grado di lesione e talora portano al sospetto fondato di determinate lesioni a seconda della loro varia combinazione. Basterà accennare alle indagini per sommi capi: è noto che nel liquor normale si trovano linfociti in una quantità media di 5 fino ad un limite di 10 per mmc.; nelle alterazioni specialmente meningee il numero dei linfociti cresce fino a raggiungere talora cifre considerevoli.

Le ricerche chimiche riguardano la quantità di albumina e la quantità di globuline: per la prima ricerca è utile la provetta di Nissl, per la seconda il reattivo di Nonne (soluzione satura di solfato di ammonio). L'aumento di albumina è ancor di più l'aumento di globulina (reazione di Nonne positiva) stanno ad indicare una più profonda lesione dell'intima struttura del sistema nervoso.

Se le quattro ricerche sono d'accordo nel rivelare una alterazione del liquido cerebro-spinale, si può affermare che è colpito il sistema nervoso, e che la lesione è sicuramente sifilitica. La dissociazione nel risultato delle reazioni è anche importante: mentre la reazione linfocitaria, depone per la alterazione delle meningi, in particolar modo, le reazioni chimiche, e specialmente la reazione di Wassermann, depongono per una lesione più profonda del tessuto nobile. Secondo alcuni (Plaut) la presenza della Wassermann positiva, mentre negative sono le altre reazioni, parla per una alterazione prevalentemente vasale e dà quindi alla prognosi un significato molto più serio.

Recentemente si è cercato di utilizzare anche la reazione con metalli colloidali: su di essi il liquor normale non manifesta azione alcuna, mentre il liquido patologico determina alterazioni di colorito e dei precipitati fioccosi di colore pù o meno intenso, che possono costituire

una vera scala di reazione. Specialmente le sospensioni di oro colloidale sono state utilizzate per lo scopo (Lange), ed a seconda della malattia si è potuto osservare che ad una determinata diluizione del liquor corrispondeva una più o meno intensa precipitazione fioccosa.

Weil e Kafka hanno pure osservato che mentre nel liquor normale non suole passare nè complemento nè emolisina per i corpuscoli di montone, queste sostanze passano in più o meno grande quantità nei liquidi patologici. Ma nè la reazione sulle sospensioni colloidali, nè la ricerca dei poteri emolitici del liquor patologico sono entrate nella pratica ordinaria di ricerca clinica: le quattro reazioni citate restano i capisaldi, sui quali si fondano le indagini mediche.

Fatti inaspettati hanno potuto esser così accertati.

Voglio ricordare anzitutto una serie di malati che passavano spesso dalle mani del medico generico a quelle dello specialista, per lo più definiti come neurastenici o come forme di esaurimento. Il quadro morboso è infatti dominato da disturbi nervosi sempre un po' indefinibili. I pazienti si lamentano di insonnia, sono già stanchi prima di incominciare il loro lavoro, si stancano prestissimo quando tentano di occuparsi, sono eccessivamente eccitabili, si lamentano di disturbi vaghi alla testa, talora di dolori, di disturbi di stomaco. Kraepelin ha potuto, in seguito alla visione ed all'accertamento di una serie di questi malati parlare di *una neurastenia sifilitica*. Ad essa bisogna pensare specialmente, quando tali sindromi sorgono in uomini di una certa età, si accompagnano ad uno stato di anemia e di deperimento non giustificato dai dati dell'esame obbiettivo, quando essi presentano tumore di milza e linfocitosi, talora febbre leggera inesplicabile. Romberg (1) ricorda che, dacchè l'affezione è conosciuta, egli nella sua pratica ha potuto identificare parecchi di questi malati, e il trattamento specifico gli ha dato ragione.

Accanto a queste sindromi cliniche di cui la natura è stata rivelata dai resultati delle moderne ricerche, esiste una serie di malati senza sintomi, sui quali pure ha richiamato l'attenzione il laboratorio. I lavori di Widal, di Milian, di Crouzon ci hanno fatto conoscere che la sifilide, negli stati precoci, non raramente si localizza sul sistema nervoso quando ancora clinicamente non si hanno segni manifesti. L'esame del liquor, con le prove accennate, ha infatti messo in luce una serie di *meningiti asintomatiche,* nelle quali la pressione aumentata, l'aumento di globulina e di albumina, la linfocitosi, la Wassermann positiva provano la localizzazione delle spirochete. Secondo una statistica di Dreyfus il liquor si presenta alterato nell'80 % dei sifilitici con manifestazioni secondarie. Non raramente dopo la prima iniezione di Salvarsan si vedono spiccati segni di sofferenza meningeale, che sono da attribuire con ogni verosimiglianza alla reazione di Herxheimer. Secondo Citron lo sviluppo delle sindromi nervose tardive ha la sua base in questa precoce affezione meningea asintomatica.

Esistono però, come manifestazioni più frequenti della *localizzazione meningea, sindromi cliniche* fatte da cefalee, specialmente occipitali, capogiri, leggeri aumenti della temperatura, malessere generale. I nervi cranici sono indici sensibilissimi dell'affezione precoce delle meningi; l'oculomotore esterno, l'oculomotore comune, il nervo ottico, il vestibolare, sono i meno resistenti alla lesione specifica delle meningi, così da avere acquistato un valore diagnostico sulla natura della malattia. Ma la meningite non si limita a questi sintomi; talora assume l'aspetto di *una malattia generale del cervello e del midollo spinale* coi segni di compressione endocranica o di compressione midollare.

La cura antisifilitica con dosi non curative dell'arsenobenzolo, può mettere in evidenza lesioni di nervi che non davano segno dell'affezione: così il vestibolare e l'ottico. Anzi la frequenza di tali accidenti, negli albori della terapia salvarsanica, fu la spinta, in mezzo alle discussioni ed ai dissensi, allo studio e alla felice interpretazione della reazione di Herxheimer e alle conclusioni, che servirono poi di guida per regolare la cura salvarsanica.

Le distinzioni in localizzazione meningea, encefalitica, vasale, e le distinzioni cliniche in meningo-encefaliti, sifilide gommosa, sifilide arteriale, hanno perduto una parte del loro valore: vero è che qualche volta, specialmente nel decorso della malattia, e dal giudizio che si può inferire dopo la cura, si può giudicare a quale specie di lesioni e di localizzazione si deve attribuire il danno, ma e l'anatomia patologica e la clinica in questi ultimi anni hanno dimostrato che in generale esiste *una sifilide del sistema nervoso,* nella quale tutti i tessuti e tutte le forme di infiammazione sono rappresentate. Così nella meningomielite oltre a processi infiltrativi, esistono contemporaneamente processi gommosi, processi endoarteritici. Le lesioni colpiscono adunque la meninge, il tessuto nervoso, il tessuto interstiziale, i vasi. Se tale distinzione è difficile e certamente non rispondente alle reali

(1) ROMBERG. « Munch. Med. Woch. », n. 45, 1918.

condizioni anatomiche nelle manifestazioni della sifilide precoce non altrettanto si può dire nelle manifestazioni della sifilide tardiva e di quelle che una volta si chiamavano malattie parasifilitiche.

Prima di accennare ad esse è necessario ricordare che molto precocemente si possono presentare con e al di fuori di qualunque quadro meningeo, *sindromi psichiche*, che possono portare molto lontano dalla realtà la diagnosi del medico. I sintomi predominanti sono il delirio, gravi disturbi dell'intelligenza e talora dell'orientamento, talora infine si costituiscono delle sindromi sul tipo di quelle di Korsakow.

Se noi passiamo dalla sifilide precoce *alla sifilide tardiva*, clinicamente ed un po' anche anatomicamente sono meglio differenziabili le lesioni delle meningi, dell'asse cerebro-spinale e fra queste le gommose e le arteritiche. È inutile e sarebbe impossibile, nei limiti di una rapida rivista, passare in rassegna tutte le figure di malattie che le localizzazioni della sifilide tardiva possono determinare: un solo precetto è derivato dalla esatta conoscenza etiologica raggiunta con l'ausilio delle moderne ricerche: *tutte le sindromi morbose conosciute dell'asse cerebro-spinale e delle mmbrane che le avvolgono, possono essere simulate dall'infezione sifilitica.* Come conseguenza diretta e logica ne viene la conclusione che, salvo casi eccezionali (lesioni traumatiche per esempio) nei quali l'etiologia è manifesta, *in ogni affezione del sistema nervoso bisogna sempre sospettare che sia in causa la sifilide.* Si impongono quindi tutte le ricerche moderne che possono illuminare il problema. Invece che alle sintomatologie, particolari, sarà opportuno accennare ad un carattere particolare delle sindromi luetiche in generale, ed al significato particolare delle peculiari alterazioni del liquor. *Una certa instabilità dei sintomi, talora la breve durata di essi, la tendenza alle recidive sono caratteri delle lesioni sifilitiche, e devono essere sempre messe in bilancio per una diagnosi differenziale di natura.*

Quando un sifilitico con Wassermann positiva nel siero di sangue, comincia a lamentarsi di vaghi sintomi nervosi, non si può *a priori* concludere che essi siano determinati dalla sifilide: ma se in un tale soggetto, la reazione, praticata nel liquor, dà risultato positivo, si può essere sicuri che una lesione organica sifilitica del sistema nervoso esiste e che presto o tardi se ne vedranno le gravi conseguenze. *La reazione di Wassermann* positiva nel liquor può essere riscontrata in tutte le varietà di sifilide del sistema nervoso, essa però è talora negativa nelle meningiti, o è positiva se si usa quantità di liquor elevate, mentre suole essere positiva ed intensamente nelle sifilidi nervose a tipo endoarteritico e tardive. Al contrario la linfocitosi, talora intensissima, si riscontra nelle affezioni meningee sifilitiche, e può essere appena accennata o mancare nelle sifilidi tardive specialmente endoarteritiche. L'aumento di globulina e d'albumina sono comuni sia alle manifestazioni precoci che alle tardive, ma in quelle sono i valori certamente più alti.

Due malattie, la *Tabe* e la *Paralisi*, sorgono sempre in periodi tardivi della sifilide, dopo 4, 8, fin dopo 40 anni, dall'inizio dell'infezione. Sulle discussioni, che in passato si facevano in proposito di esse, il resultato della reazione di Wassermann e della ricerca delle spirochete, nonchè la prova biologica dell'inoculazione in animale hanno fatto giustizia. Se la clinica di queste malattie, un tempo chiamate parasifilitiche, è chiara; se l'etiologia non è più dubbia, una serie di problemi restano ancora avvolti nell'oscurità o sono spiegati solo con ipotesi. La paralisi e la tabe sono due processi anatomo-patologicamente assai speciali, nettamente differenziati da tutti gli altri processi di natura sifilitica; solo una parte dei sifilitici divengono tabetici o paralitici; la sindrome clinica si manifesta molto tardivamente; essa non cede alla cura specifica, anzi spesso fatalmente compie il suo corso a malgrado del trattamento più accurato.

A spiegare queste anomalie che le differenziano dalle altre affezioni sifilitiche del sistema nervoso, esistono molte ipotesi: una delle più diffuse e pure delle più contrastate è quella che vuole le due malattie dipendenti da *stipiti particolari di spirocheti.* In favore di questo modo di intendere i fatti stanno le seguenti osservazioni: *a*) si sono trovati paralitici i quali hanno contratto l'infezione alla medesima fonte; *b*) con gli spirocheti della corteccia cerebrale dei paralitici progressivi non si è riesciti a provocare l'infezione negli stessi animali (coniglio) nei quali si riesce con comuni spirocheti prelevati per esempio dalle manifestazioni secondarie (Forster e Tomasczewski), nemmeno con iniezione del liquor dei tabetici e dei paralitici si è riusciti a trasmettere la malatta ai conigli (Volk, Pappenheim, Marinesco, ecc.); mentre invece resultati positivi avevano ottenuto col liquor di sifilitici in periodo secondario Uhlenhut e Steiner; si vedono infine la moglie e qualche volta i bambini di paralitici ammalarsi della stessa forma. Tutte queste osservazioni sono cadute ad una ad una davanti alla critica: i casi di paralisi provenienti dalla medesima fonte possono essere considerati come vere coincidenze, tale è la loro

rarità; egualmente la contemporanea manifestazione della paralisi nei coniugi e nei parenti; chè anzi vediamo la prole dei paralitici e dei tabetici, anche quando siano colpiti dai segni di sifilide ereditaria, presentare i sintomi della comune sifilide; infine Noguchi, Uhlenhut e Mulzer riuscirono a provocare l'orchite sifilitica con l'inoculazione di corteccia cerebrale di paralitici, in quantità maggiore di quella che non era per l'innanzi stata usata.

Un'altra ipotesi che ha tenuto il campo è stata quella che fa dipendere la particolare forma morbosa dalla *predisposizione individuale, che* determina un differente modo di reagire di un limitato gruppo di individui a stimoli della stessa natura. Ma il problema delle predisposizioni è per ora un libro presso che chiuso in medicina. Nè maggior valore ha l'importanza attribuita alle cause concomitanti: è risaputo che la frequenza maggiore della paralisi nelle città, rispetto, alla campagne, è dovuta al fatto che la sifilide nelle città è di gran lunga più frequente, e che la paralisi si può avere in giovanissima età, quando nessuna delle cause aggravanti (lavoro cerebrale, traumi psichici, ecc.) hanno potuto avere ancora il campo di agire.

Forse una spiegazione può essere trovata nelle conclusioni che si traggono dall'evoluzione storica della paralisi e della tabe dalla diffusione geografica di essa. Quando la sifilide fu trasportata in Europa cominciò a provocare delle malattie acute e delle vere forme epidemiche che non raramente conducevano alla morte. Lentamente ma sicuramente la sifilide mutò carattere e divenne una malattia infettiva cronica, con un decorso attenuato, e con manifestazioni appena apprezzabili anche nel periodo florido della malattia. « Soltanto quando la forma ed il decorso della sifilide furono cambiate in questo senso, comparvero le malattie tardive del sistema nervoso » (Plaut). Furono necessari circa due secoli prima che la malattia avesse guadagnato queste particolari qualità morbose. Studiando invece la malattia nelle regioni tropicali, dove l'apparizione è di data piuttosto recente, si trova che la paralisi e la tabe non sono ancora comparse.

La tabe e la demenza paralitica compaiono frequentemente in soggetti che hanno contratto la sifilide clinicamente attenuata o che non hanno mai presentato gravi manifestazioni: la ragione di questo fatto, che può sembrare paradossale, è verosimilmente nella deficiente o nella mancanza addirittura di cura in tali soggetti che scarsa preoccupazione hanno avuto dalle minaccie del male.

Sulle ragioni che determinano la tarda comparsa della malattia è difficile perfino formulare una ipotesi che regga agli urti della critica: secondo alcuni è necessario perchè si producano le caratteristiche lesioni anatomiche degenerative la lunga permanenza dell'agente morboso *in situ,* sì che possano agire le sostanze tossiche dirette o indirette dello spirochete. A favore di questa ipotesi è la constatazione delle frequenti precoci lesioni del sistema nervoso nelle sifilidi secondarie o dopo poco tempo dalla contratta infezione, alla tardiva talora comparsa dalla reazione di Wassermann nel liquor, come segno di una lesione arteritica o profonda dell'intima costituzione del tessuto nervoso. Qualche autore inglese vorrebbe fare delle reazioni degenerative che si riscontrano nella tabe e nella paralisi *delle reazioni anafilattiche;* il tessuto si sensibilizzerebbe nello stadio precoce della sifilide; nel periodo tardivo la penetrazione dello spirochete, nei luoghi sensibilizzati, determinerebbe delle reazioni di ipersensibilità con grave danno del sistema nervoso. Qualunque sia la ragione per cui la tabe e la paralisi si sviluppano sempre tardivamente, due fatti sono da tener sempre presenti, perchè possano essere di guida utile nella cura: queste due terribili malattie del sistema nervoso colpiscono spesso individui che hanno sifilide ignorata, o che hanno avuto manifestazioni lievi della malattia, colpiscono spesso individui mal curati. In tutte queste categorie di malati un fatto è comune: *la mancanza o la irregolarità ed irrazionalità della cura.*

È questa una constatazione, messa in evidenza già dalla clinica, confermata dalla visione del malato alla luce delle moderne ricerche; il campo resta ancora aperto agli studiosi per quel che riguarda la patogenesi delle affezioni, le quali, per quanto oramai di natura indubbiamente sifilitiche, hanno il diritto, anatomicamente, clinicamente, dal punto di vista curativo di restare distinte dalle comuni lesioni dlla sifilide precoce e tardiva.

(*Continua*).

Erratum.

L'articolo sulla « Vigilanza igienica », pubblicato nel fasc. 37, deve aver termine alla pag. 1100, riga 5ª, col. sinistra; la parte restante fa seguito all'articolo sui « Servizi sanitari provinciali » pubblicato nel fasc. 35 pag. 1049.

* * *

Nell'art. del prof. Spolverini pubblicato nel fasc. 37, 1919, a pag. 1082, colonna sinistra, riga prima, leggere: *recettività*; a pag. 1082, colonna destra, riga 28ª, leggere; avere *saggiato*; a pag. 1083, colonna sinistra, riga 29. leggere: presenza *dell'anticorpo*.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le varie forme di cefalea.

(W. WILSON, *The Practitioner*, 1919, n. 4).

La classificazione delle cefalee a seconda delle cause è molto difficile. Ad ogni modo le forme più comuni si possono raggruppare così:

1. Da autointossicazione: *a*) gottosa, reumatica, epatica, nefritica, intestinale; *b*) infettiva; *c*) mestruale e climaterica; *d*) da disordini delle glandule endocrine.

2. Circolatoria: *a*) anemie; *b*) arteriosclerosi; *c*) pletora; *d*) malattie cardiache: *e*) deficiente coagulabilità del sangue.

3. Da intossicazione esterna, avvelenamenti generali (alcool, tabacco, oppio, piombo).

4. Nervosa: *a*) neurosi; *b*) neurastenia; *c*) emicrania.

5. Riflessa: *a*) oculare; *b*) nasale; *c*) otitica; *d*) faringea; *e*) dentaria; *f*) viscerale; *g*) genitale.

6 Malattie organiche locali: malattie del cervello e dei suoi involucri.

7. Modificazioni della tensione del liquido cefalco-rachidiano: *a*) meningite sierosa; *b*) edema cerebrale.

Le cefalee croniche più intollerabili sono quelle dovute a tumore cerebrale, a sifilide cerebrale e ad arteriosclerosi. Quando nei ragazzi si ha una cefalea grave e persistente si deve sempre pensare ad una sifilide ereditaria.

Per accertare la causa di una cefalea occorre ricercare i seguenti fatti:

a) se è unilaterale o bilaterale; *b*) la località del dolore; *c*) se è una dolenzia locale, superficiale o profonda; *d*) se è costante, intermittente, o remittente; *e*) le variazioni durante il giorno; *f*) i caratteri del dolore: parossistico, pulsante, perforante, sensazione di tensione o di svuotamento, sensazione di pressione; *g*) se è aggravata dalle varie posizioni del corpo o dai movimenti; *h*) se sono coesistenti affezioni di altri organi o malattie costituzionali.

1. – *Cefalee da autointossicazione*.

La cefalea *gottosa* è persistente, verticale o occipitale; di solito si ha nell'età media. Per lo più si avverte un senso di tensione. Cede rapidamente ad un trattamento dietetico.

La cefalea *reumatica* è per lo più diffusa al cuoio capelluto. Nei muscoli occipitali e specialmente nei loro punti di inserzione si trovano piccoli noduli d'indurimento dolenti alla pressione. Di solito c'è anche edema. Il dolore è aggravato dall'esposizione al freddo, dal lavaggio dei capelli, ed in genere da tutte le cause reumatizzanti.

La cefalea *epatica* dipende da disordini funzionali del fegato. È accompagnata da dolore all'ipocondrio sinistro, da flatulenze, da urine molto colorate che lasciano un abbondante deposito di urati. La cefalea è gravativa, profonda, localizzata alla fronte, eventualmente all'occipite. I purganti ed i salicilati mitigano il dolore.

La cefalea *nefritica* può essere il primo sintoma della nefrite interstiziale cronica. Il dolore può essere localizzato alla fronte o all'occipite ed essere gravissimo, talvolta ha carattere emicranico. Ogni qual volta un'emicrania dopo la età media peggiora è bene esaminare i reni.

La cefalea *intestinale o dispeptica* pare che non sia così frequente come si era creduto finora. Sembra dovuta specialmente al passaggio degli alimenti nel duodeno ed è mitigata da quei purganti, che come il calomelano agiscono sopra le parti superiori dell'intestino; la cefalea può allora scomparire prima che il purgante abbia avuto pieno effetto. È gravativa, profonda, senza una localizzazione definita; spesso si ha un senso di pena e di pesantezza sugli occhi.

Le cefalee di origine *infettive* sono un sintoma costante nelle malattie da infezione generale. La forma più grave si ha nel tifo. Nella pulmonite è molto rara. Le cefalee da infezioni sono per lo più diffuse, ma sono più gravi nella regione frontale.

Le cefalee *mestruali* e *climateriche* possono essere attribuite a disturbi tossici o a fatti congestivi. Di solito il dolore è più violento poco prima che si verifichi il flusso mestruale. Per lo più la cefalea è occipitale e si aggrava nella stazione eretta e nella deambulazione.

Le cefalee più comunemente in rapporto a *disordini delle glandule endocrine* sono quelle dovute a deficienza della funzione tiroidea ed ipofisaria. Nel primo caso insieme alla cefalea si ha lentezza e pesantezza dei movimenti, polso raro, pallore, temperatura subnormale, debolezza generale. La cefalea di origine ipofisaria può essere in rapporto a disturbi puramente funzionali, lesioni anatomiche o neoplasmi dell'ipofisi. Spesso sono presenti lesioni dell'involucro osseo della glandula, rilevabili all'esame radiografico: ma è evidente che la cefalea si manifesta prima che siano apprezzabili le alterazioni della sella turcica. Il dolore è localizzato profondamente dietro la radice del naso. Le cefalee ipofisarie sono intermittenti ed inducono nel paziente uno stato di prostrazione. In genere sono presenti altri sintomi somatici della insufficienza ipofisaria.

Quando non si tratti di tumore la cefalea cede alla somministrazione di estratti glandulari

2. – *Cefalee da disturbi circolatori.*

La cefalea costituisce uno dei sintomi più costanti di tutte le forme di *anemia*. Si manifesta con un senso di pressione alle regioni frontali, retro-oculare ed occipitale: si mitiga nella posizione sdraiata. In qualche caso coesiste una iperestesia della superficie cranica.

La cefalea nell'*arteriosclerosi* può assumere due tipi a seconda che è accompagnata da iper- o da ipotensione. Nel primo caso è pulsante, intermittente ed accompagnata da vertigini e da ronzii. Può essere molto grave. Di solito è localizzata al vertice, qualche volta all'occipite. La cefalea con pressione bassa è gravativa e non pulsante: si avverte come una costrizione a fascia intorno al capo. È molto più grave al mattino e si attenua con l'avanzare del giorno. Gli stessi sintomi possono essere dovuti dall'uso di colletti stretti.

Nella *pletora* si ha un senso di tensione al vertice ed in corrispondenza della sutura fronto-parietale. È costante ed attenuata dall'epistassi e dal flusso emorroidario.

Nelle *malattie cardiache* la cefalea non assume caratteri speciali.

Ross ha descritto casi di cefalea che ha chiamata *linfatica* e che sarebbe dovuta a *deficienza della coagulabilità del sangue*. Si tratta di individui a temperamento flemmatico, con la faccia rotonda e piena ed eventualmente con edema delle palpebre e delle gambe. La sindrome sarebbe in rapporto a deficienza di coagulabilità del sangue e migliorerebbe con la somministrazione di lattato di calcio, che del resto si sarebbe mostrato efficace anche nell'emicrania e nelle nevralgie.

3. – *Cefalee da intossicazioni esogene.*

Le cefalee dipendenti da avvelenamenti generali da alcool, tabacco, oppio e piombo, di solito si hanno ad intervalli più o meno lunghi e coincidono per lo più con la ingestione del veleno. Si può avere cefalea la sera dopo aver fumato tutto il giorno ed al mattino seguente alla sera nella quale si è soverchiamente bevuto.

4. – *Cefalee neurogene.*

La cefalea *isterica* è molto variabile, non ha caratteri fissi e cede ordinariamente alla suggestione.

La cefalea *epilettica* è particolarmente grave. Ha carattere schiettamente accessionale, compare e scompare improvvisamente. È gravativa, per lo più diffusa a tutto il cranio. Si avverte un senso di martellamento, di svuotamento del cranio.

La cefalea *neurastenica* è costante e persiste per anni malgrado ogni trattamento. È più pronunziata al mattino. Il sonno non è disturbato dal dolore. Si può avere una sensazione di pressione al vertice, o come di una fascia che stringa il capo. In altre ore si possono avere altre sensazioni.

L'*emicrania* può essere di due forme: *idiopatica* e *falsa emicrania* dovuta ad irritazioni riflesse. Questi due gruppi possono essere somigliati alla epilessia idiopatica e riflessa, affezione con la quale l'emicrania ha molte analogie. La forma idiopatica dura per tutta la vita, quella riflessa dura in genere fino all'età media specie quando è dovuta a disturbi della refrazione oculare. L'emicrania idiopatica è un'affezione della corteccia irrorata dall'arteria cerebrale posteriore; è preceduta da un'aura visiva molto tipica; gli accessi hanno un tipo ritmico, aumentano gradatamente e di solito cessano col sonno.

L'emicrania falsa di solito non ha aura, che in ogni caso non ha forma definita e può essere costituita da un semplice scotoma. Le cause di questa forma sono:

a) disturbi della refrazione ed accomodazione oculare;

b) oftolmoplegia ricorrente;

c) focolai di meningite cronica;

d) mestruazione;

e) dispepsia cronica, stipsi, disordini epatici funzionali, eventualmente nefrite interstiziale cronica.

Il dolore dell'emicrania è di regola unilaterale, ma può essere anche bilaterale e passare da un lato all'altro. La localizzazione è frontale, ma piuttosto profonda, qualche volta retro-oculare. Si aggrava con i movimenti degli occhi, non con quelli della testa. La sola cefalea con la quale può essere confusa è quella dovuta a tumore cerebrale.

5. – *Cefalee riflesse.*

Le affezioni *oculari* sono probabilmente le più comuni cause di cefalea, la quale può dipendere da disturbi della refrazione e dell'accomodazione, come da affezioni intra-oculari. Nell'assigmatismo il dolore è frontale, nell'ipermetropia e nei disturbi dell'accomodazione è temporale o occipitale. L'irite dà dolore fronto-temporale o infra-orbitale; il glaucoma acuto dà un dolore simile alla nevralgia facciale; il glaucoma cronico dà dolore frontale o temporale.

Le affezioni *nasali* sono frequentemente causa di cefalea e di nevralgia, che hanno una localizzazione varia a seconda della sede e della natura dell'affezione.

Le cefalee dipendenti da malattie dell'*orecchio* sono tra le più gravi. Il dolore di un'affezione della membrana timpanica o del condotto uditivo esterno è riferito all'orecchio stesso, mentre quello di affezioni retro-timpaniche è riferito alla regione

corrispondente all'angolo della mascella ed alla punta del processo mastoideo. Quando però la tensione nell'interno dell'orecchio medio aumenta, il dolore si diffonde alla regione parietale e temporale. La retrazione della membrana timpanica produce un dolore, un senso di peso e di stordimento alla metà del capo corrispondente.

Le cefalee di origine *faringea* sono in rapporto a focolai irritativi della faringe.

I dolori di testa di origine *dentaria* possono essere confusi con quelli di origine nasale, tonsillare, otitica, glaucomatosa o addirittura con la nevralgia facciale.

6. – *Cefalee da affezioni organiche cerebrali.*

Gli ispessimenti e le aderenze meningee sono frequentemente causa di cefalea: tali lesioni possono essere determinate da nefrite interstiziale cronica, alcoolismo cronico, sifilide, antichi traumi. Di solito il dolore è localizzato al punto dell'ispessimento, ma nella nefrite e nell'alcoolismo il dolore può essere generale e più accentuato all'occipite.

7. – *Cefalee da modificazioni della pressione del liquido cefalo-rachidiano.*

Le modificazioni della pressione del liquido cefalo-rachidiano sono molto frequenti nelle malattie infettive, da ciò una delle cause di cefalea in dette affezioni.

I traumi cefalici determinano edema cerebrale, da ciò la persistenza della grave cefalea. Rauling in base alle osservazioni fatte in guerra è venuto alle seguenti conclusioni:

a) a cranio intatto e piccole lesioni la cefalea è più grave e frequente che nelle gravi lesioni delle ossa craniche;

b) i traumi frontali e temporali sono seguiti da cefalea munemente da cefalea che i traumi parietali ed occipitali;

c) le ferite del vertice, specialmente quelle con compartecipazioni del seno longitudinale superiore sono accompagnate da una grave forma di cefalea;

d) la presenza di corpi estranei nel cranio è accompagnata comunemente da cefalea cronica, specialmente quando il corpo estraneo trovasi in parte o tutto nel sistema ventricolare.

La sindrome completa di queste lesioni è: bradicardia senza ipertensione, vertigini, febbre notturna, mentalità ridotta, esagerazione dei riflessi, raramente nausea e vomiti, leggero edema papillare, accessi epilettiformi. A differenza di quanto si ha nella ipertensione del liquido cefalo-rachidiano nell'edema cerebrale l'edema papillare è più leggero e non si ha un deciso miglioramento con la puntura lombare.

DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

Trattamento delle pleuriti purulente grippali col drenaggio antero-laterale, l'irrigazione discontinua e l'alzarsi precoce.

(L. BÉRARD e CH. DUNET. *La Presse Médicale*, n. 19, 3 aprile 1919).

L'epidemia d'influenza attuale è stata notata per la frequenza delle pleuriti purulente, consecutive alle lesioni polmonari. Ciò ha fatto rimettere in discussione il trattamento operatorio degli empiemi.

Da circa 30 anni si accetta da tutti come canone che la pleurotomia precoce è il trattamento ideale della pleurite purulenta. Solo gli empiemi dei tubercolosi con lesioni polmonari in evoluzione e gli empiemi da pneumococco dei bambini sembrano sottrarsi a questa regola, i primi come incurabili e gli altri come curabili con la semplice puntura.

Ma quando, nel 1918, allo scoppiare dell'influenza, medici e chirurgi vollero attenersi alla formula classica, la mortalità raggiunse una cifra spaventosa (fino all'84 p. 100, Netter), anche ad intervento chirurgico precoce. Fu allora che si tornarono a studiare le indicazioni della pleurotomia.

È fuori di dubbio che qualche rara volta s'è potuto, durante l'influenza, ritirare dalla pleura, con la puntura esplorativa, del liquido torbido o francamente purulento, contenente polinucleari, pneumococco ed anche streptococco e che qualche giorno più tardi era bello che scomparso. Altre volte le lesioni polmonari grippali sono accompagnate da versamenti puriformi o siero-ematici asettici, spesso abbondantissimi, in cui l'intervento chirurgico sarebbe inutile, perchè tali versamenti si riassorbono spontaneamente (ricercare la presenza dei microbi prima di operare). Quando si tratta di una pleurite purulenta vera, dovuta a pneumococchi, a stafilococchi, a streptococchi, ecc., è necessario differenziare la pleurite purulenta, localizzazione principale dell'affezione dominante il quadro clinico, dalla pleurite purulenta, semplice epifenomeno nel corso di un'influenza a forma polmonare con disturbi asfittici e tossici predominanti. Poichè in quei malati in cui l'intensa dispnea (45-50 respiri al minuto) è accompagnata da una cianosi marcata, da oliguria, da disturbi circolatori, in rapporto sopratutto con lesioni polmonari bilaterali (per lo più con versamento poco abbondante), l'intervento è inutile: la morte sopravviene egualmente nelle 24 o 48 ore.

Importa perciò di basarsi sull'insieme clinico

per distinguere, fra gl'influenzati, i «polmonari» con versamento pleurico purulento «epifenomeno», e i «pleuritici» portatori di lesioni polmonari estinte o in via di guarigione. I polmonari da principio devono avere un trattamento esclusivamente medico: puntura evacuatrice con o senza iniezione di ossigeno e di liquidi antisettici, iniezioni sottocutanee di siero specifico, iniezioni sottocutanee od endovenose di ossigeno, lavaggio del sangue, ecc. Se l'ammalato sfugge ai danni mortali dei primi giorni, entra nella classe dei pleuritici e come tale va operato senza dilazione di pleurotomia.

***

Dove e come bisogna incidere?

Alcuni chirurgi sono partigiani della pleurotomia semplice, gli altri della pleurotomia con resezione di una o più coste. Attualmente un fatto sembra acquisito: il drenaggio deve essere estremamente largo e perciò la resezione costale deve preferirsi alla semplice pleurotomia.

A che altezza bisogna incidere?

L'incisione classica si fa indietro, sulla linea ascellare posteriore, nell'8° e 9° spazio intercostale. La guarigione però è relativamente lenta: occorrono 3-4 mesi in media. Spesso la pleurite purulenta diventa cronica, la fistola s'eternizza, il malato diviene cachettico. Non bisogna cercare lontano le cause di questa cronicità: salvo nei tubercolosi con polmone e pleura infettati dal bacillo di Koch, associato o no allo streptococco, gli empiemi che guariscono lentamente o diventano cronici sono drenati in modo difettoso come lo dimostrano considerazioni elementari di ordine fisiopatologico e anatomico.

Considerazioni fisiopatologiche. — L'empiema, considerato a sè stesso, è un ascesso e, come tale, deve seguire la regola generale del drenaggio chirurgico: incisione nel punto più declive e disinfezione della cavità. Nel suo insieme la cavità pleurica ha la forma di un ellissoide di cui il grand'asse è parallelo all'asse generale del corpo; secondo la posizione adottata dal malato, questo grande asse è orizzontale nella posizione coricata e verticale nella posizione assisa. Se il malato è coricato, il punto declive si trova in corrispondenza del piano di contatto fra il torace e il letto; se il malato è seduto o in piedi, il punto declive cambierà e sarà al punto anatomico più in basso situato. Ora, tutti gli affetti da pleurite purulenta, per meglio respirare, preferiscono la posizione seduta o semi-seduta. Così dopo l'intervento il punto declive non è quasi mai il punto primitivamente scelto. Da altra parte bisogna aggiungere che, anche nel corso dell'intervento, il punto primitivamente scelto non è quasi mai declive, poichè l'incisione fatta nell'8° o 9° spazio lascia sempre al disotto un cul-di-sacco di varia importanza. Tutte queste ragioni conducono a ricercare il punto declive della pleura sul torace in posizione verticale.

Considerazioni anatomiche. — Con numerose dissezioni e punture, previa iniezione di liquidi colorati, gli AA. sono venuti alle seguenti conclusioni per vuotare integralmente la pleura:

La riflessione inferiore della pleura parte in avanti dalla 7ª articolazione condro-costale, si dirige obliquamente in basso verso la 10° costa che incrocia a 10-11 cm. dalla linea mediana anteriore. In certi casi, il cul di sacco diaframmatico resta discendente e guadagna l' 11ª costa a 11-12 cm. dalla linea mediana. In altri casi il cul di sacco è orizzontale e non raggiunge la 11ª costa che a 12 o 13 cm. dalla linea mediana.

A partire da questo momento, la riflessione pleurica diviene nettamente ascendente, guadagna obliquamente in dietro la 12ª costa a 8-9 cm. dalla linea mediana posteriore. Il punto declive della pleura è dunque situato in generale in avanti, fra la 10ª e l'11ª costa.

L. Chevrier (1) pone il punto declive della pleura in corrispondenza del cul di sacco posteriore, sulla linea angolo-costale. Gli AA. non fanno la critica di questa opinione per la ragione che considerano come capitale lo studio della posizione adottata dal malato, cioè della posizione assisa come la più rapidamente preferita. Chevrier fa notare con ragione che il cul di sacco di una pleura patologica è risalito; egli l'attribuisce all'ispessimento della pleura e all'infiltrazione sottopleurica. Ma non nota questo fatto che il cul di sacco costo-vertebrale è sempre più risalito che il cul di sacco laterale; il polmone ricacciato in alto trascina nella sua ascensione il cul di sacco posteriore per mezzo della pleura mediastinica e in particolare del legamento triangolare.

Così il cul di sacco posteriore che allo stato normale è ordinariamente più elevato del cul di sacco laterale, è allo stato patologico soggetto ad un dislivello ancora più accentuato.

Conclusioni anatomiche. — 1° Nella situazione verticale, il punto declive della pleura è anteriore o antero-laterale: si trova a livello della

(1) L. CHEVRIER. *Studio sul drenaggio della pleura. Trattamento di scelta delle pleuriti purulente.* «La Presse Médicale», 3 gennaio 1919. Recensione su «Il Policlinico», Sezione pratica, fasc. 16.

10ª o 11ª costa, in un punto situato in media a 11-13 cm. dalla linea mediana;

2º Le variazioni individuali frequenti, normali o patologiche, non permettono di precisare con punti di repere esterni la situazione esatta di questo punto declive.

* * *

Tecnica operatoria. — Per ottenere buoni risultati, non trascurare nessuno dei dettagli.

Anestesia. — L'anestesia generale non è permessa quando esistono segni di insufficienza cardiaca o di lesioni polmonari in evoluzione. La anestesia locale è sempre sufficiente e permette la pleurotomia con o senza resezione costale. Tuttavia l'anestesia generale è utile per evitare i riflessi d'origine pleurica allorchè si vuol procedere alla spazzata completa delle false membrane.

I differenti tempi della tecnica sono i seguenti:

1º Pleurotomia evacuatrice ed esploratrice;
2º Drenaggio anteriore o antero-laterale;
3º Spazzata del cavo pleurico.

Pleurotomia evacuatrice ed esploratrice. — Tranne per gli empiemi incistati, la pleurotomia sarà fatta nel punto d'elezione classica, nel 9º spazio intercostale, sulla linea ascellare posteriore.

Se lo stato generale del malato è precario, si atterrà a questo primo tempo e si eseguiranno i tempi seguenti più giorni dopo, quando le circostanze saranno divenute più favorevoli. Altrimenti si procederà d'*emblée* all'esplorazione della pleura, in maniera da determinare con manovre endopleuriche il punto declive della cavità. Questa esplorazione sarà fatta col dito o, meglio, col Klemmer curvo. Introdotto attraverso la bottoniera pleurica, diretto in basso e in avanti, questo Klemmer seguirà il seno costo-diaframmatico fino al punto in cui si rialza per prendere un tragitto ascendente. Là è il punto declive, che, a soggetto in posizione assisa, si trova in generale fra il bordo inferiore della 10º costa e il bordo superiore della 11ª. È facile allora determinare nello spazio intercostale corrispondente al punto declive la salienza della punta del Klemmer e in corrispondenza di essa drenare.

Drenaggio anteriore o antero-laterale. — La incisione fatta nel punto indicato dal Klemmer sarà seguita da una nuova pleurotomia con resezione costale (10ª o 11º costa). Questo punto è in generale anteriore o antero-laterale (70 p. 100 dei casi). Ma bisogna sapere che, in una pleura patologica, le variazioni individuali sono ancora più accentuate che allo stato normale, sia perchè il seno costo-diaframmatico, od angolo acutissimo, è un luogo d'elezione per le aderenze, sia perchè il punto declive di questo cul di sacco riceve prima di ogni altro punto le secrezioni purulente e le false membrane pleuriche. Ad ogni modo, il chirurgo, con l'esplorazione della pleura, sa sempre dove deve farsi la apertura della cavità. Il pus residuo accumulato nel cul di sacco sfugge attraverso la nuova incisione, la vera incisione di drenaggio.

Spazzata della pleura. — Il terzo tempo è egualmente importantissimo.

Il pus addensato, sopratutto alla superficie pleurica viscerale, a poco a poco si distacca sotto l'influenza dei movimenti respiratori e si accumula nel cul di sacco diaframmatico. La ritenzione di queste false membrane è uno dei fattori importanti della cronicità degli empiemi: bisogna perciò eliminarle completamente.

Un tampone o una lunghetta montata su un Klemmer procede a una spazzatura del seno dall'indietro in avanti, facendo uscire per l'orificio di drenaggio anteriore tutte le scorie residuali. Ciò fatto, si mettono nell'orificio anteriore uno o due grossi drenaggi destinati a raccogliere il pus e il liquido d'irrigazione, che si raccoglieranno in una bacinella. Per l'orificio posteriore si fa penetrare uno o più tubi di Carrel che si fisseranno alla parete.

Cure post-operatorie. — Le cure post-operatorie sono importanti quanto l'operazione stessa: esse devono essere l'oggetto d'un'attenzione quotidiana nelle mani di un aiuto minuzioso che sappia clinicamente apprezzare i progressi della guarigione e dedurne le variazioni di tecnica e di durata delle cure post-operatorie secondo i casi.

Irrigazione discontinua. — Per le prime 24 ore riposo assoluto. Se la secrezione pleurica è costituita unicamente da pus (se cioè non vi è scolo sanguigno), l'irrigazione sarà cominciata il secondo giorno con un liquido antisettico (Dakin, ioduro d'amido, nitrato d'argento, ecc.) iniettato per mezzo dei tubi fissati sull'orificio posteriore. Le irrigazioni saranno fatte ogni tre ore (eccettuata la notte), con un bock situato a 50-80 cm. d'altezza, con 150-200 cmc. di liquido per volta. Bisogna assicurarsi ogni giorno della permeabilità dei tubi di Carrel e del tubo di drenaggio anteriore, iniettando durante la medicatura un po' di liquido che deve riuscire per il drenaggio anteriore. Quest'ultimo può essere chiuso da false membrane; bisogna allora toglierlo, pulirlo e rimetterlo in posto.

I tubi di Carrel saranno conservati per una

durata variabile. La quantità, l'aspetto del pus, i reperti batteriologici saranno tanti elementi su cui fondare la necessità di prolungare o di sospendere l'irrigazione. Attenersi sopratutto agli insegnamenti clinici. Rapidamente la secrezione pleurica diventa siero-purulenta, poi sierosa; 8-15 giorni in media d'irrigazione bastano a far ottenere questo risultato: bisogna allora togliere i tubi posteriori.

Si avrà gran cura di fare quotidianamente la *toilette* degli orifici pleurici per evitare le reinfezioni, la suppurazione del tragitto parietale. Il pus della pleura non dovrà scolare fra il drenaggio e la parete toracica per venire a diffondersi sui tegumenti. La garza d'una medicatura d'empiema ben fatta non deve essere mai sporcata di pus. I liquidi pleurici devono essere raccolti in un orinale prima e in una piccola bottiglia poi.

Dopo la soppressione dei tubi di Carrel, l'orificio posteriore sarà disinfettato e medicato a piatto fino alla chiusura spontanea che è rapidissima.

Il drenaggio anteriore è mantenuto in posto e permette di fare, se c'è bisogno, un lavaggio retrogrado durante la medicatura. Ogni giorno il diametro di questo drenaggio sarà diminuito, finchè, quando la secrezione pleurica è quasi completamente cessata, si sopprimerà. Si assicura allora la cicatrizzazione del tragitto parietale con medicature appropriate. 21 pleuriti purulente post-grippali hanno dato, nelle mani degli AA., la guarigione completa nello spazio di un mese.

Abbandono precoce del letto. — Dopo l'intervento i fenomeni di compressione e d'intossicazione rapidamente regrediscono e la temperatura cade al disotto di 38° se non vi sono più lesioni polmonari in evoluzione. In due-tre giorni l'ammalato, considerevolmente sollevato, riprende l'appetito. In caso di lesioni polmonari estinte, l'infermo può provare ad alzarsi 3-5 giorni dopo l'intervento e ciò gli arreca dei grandi vantaggi: il polmone respira più ampiamente e tende ad occupare completamente la sua loggia; la cavità pleurica si rimpiccolisce e l'espulsione delle secrezioni, grazie ai movimenti di va e vieni del polmone, si fa completamente; gli scambi si fanno in una maniera più soddisfacente ed influenzano la rapidità della disintossicazione; la anoressia e i disturbi digestivi s'attenuano; il malato entra per così dire immediatamente in convalescenza. Naturalmente bisogna saper dosare lo sforzo del malato e fargli subire un drenamento progressivo.

B. MASCI.

CONGRESSI.

XXV Congresso di Medicina interna - Trieste.

II giornata.

Presiede il prof. GABBI.

Esame critica delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo del tifo e tifo-simili.

Relazione del prof. ANDREA ROCCAVILLA.

Dall'indagine scientifica nel campo del tifo e tifosimili dell'ultimo quinquennio, è risultato quanto segue:

Epidemiologicamente l'infezione si è mantenuta generalmente mite e sono prevalse le forme paratifiche (para. *A.*). Vi hanno contribuito la buona profilassi e il raffinarsi dei metodi di ricerca di laboratorio.

Batteriologicamente la tecnica è progredita per l'applicazione sistematica della emocultura in bile seguita dalla coltivazione selettiva dei germi su mezzi al Pb. e dalla loro autofiltrazione attraverso sabbia o cotone, previa precipito-agglutinazione immunserica di uno degli stipiti isolati. Utilissima la rachi- e la copro-cultura.

È molto discussa l'attendibilità della sierodiagnosi di Widal nei vaccinati; per chiarire l'incertezza si farà la ricerca del tempo e del tasso limite massimo di agglutinazione e la pratica della così detta saturazione delle agglutinine.

Sembra che i bacilli tifosi e tifosimili, formino un vasto assembramento di razze, che da un capostipite (il coli) divergano verso altri ceppi patogeni e non patogeni, da un lato verso lo Shyga, dall'altro verso l'Ebert.

Etiopatogeneticamente sono in discussione le nuove importanti vedute di Sanarelli circa l'origine linfo-tonsillare dell'infezione tifo e paratifosa e di Danysz sul modo di agire dei germi tifici e delle loro tossine.

Si è visto che i tifo-tifosimili, possono provocare sindromi del tutto eterogenee e che viceversa forme morbose d'apparenza tifose dipendono dai germi più disparati.

Associazioni e interferenze risultarono esistere fra l'Eberth, l'*A.* e il *B.*; importante quella dello Eberth col Löffler, o di uno dei para col Shyga e col Flexner.

Anatomicamente poco si è ottenuto con i tentativi di differenziare il tifo dai suoi para.

Clinicamente il tifo non ha una personalità sintomatica rispetto ai paratifi. I caratteri che si

danno al riguardo non sono mai sicuri. Il termine paratifo dovrebbe, in contrapposto a quello di tifo, riservarsi solo quando l'infezione decorre in modo anomalo, rapido e benigno.

Il tifo dei vaccinati è, in genere, una forma attenuata; però si sono avuti casi letali anche fra i vaccinati, specie per ciò che riguarda il tifo.

L'innegabile parziale refrattarietà dei vaccinati, sarebbe dunque dovuta ad una semplice sostituzione batteriologica e clinica dei paratifi al tifo.

Si è estesa la conoscenza di alcune localizzazioni dei germi tifosi e paratifosi, ritenute anomale, sopratutte l'ossea e la neuro-centrale.

Si è cercato di determinare i quadri clinici alle associazioni bacillari sopra accennate; così si sono avute le forme ad inizio circoscritto, la colerica, la atasso-adinamica, la pseudo-tubercolare, la cronica. Alcune sono state caratterizzate da speciali referti clinici (iperazzoterachia) o da analogie con altre infezioni (pseudo-tubercolosi malarica).

Nuovi orizzonti hanno aperto anche nel campo del tifo le recenti acquisizioni endo-crino-simpatiche.

Nuove ricerche a scopo diagnostico sono: la cutireazione e la prova atropinica, molto incerte; la splenoreazione, che pare corrisponda bene e alcune uro-reazioni (le jodo-reazioni di Kronberger e di Petzetakis, la reazione di Weiss, quella di Robin, quella di Silvestri al protocloruro di ferro).

Profilatticamente la vaccinazione specifica, ha dato reali vantaggi. Però anche dopo l'adozione di vaccini trivalenti, l'esito è inferiore a quello previsto: non è scevra di pericoli, non elimina i casi gravissimi, il suo effetto è di breve durata.

Sembra servano meglio i lipo-vaccini. È allo studio la vaccinazione per via orale.

Terapeuticamente i progressi si riducono ai procedimenti molto dissimili gli uni dagli altri, con cui si provoca la così detta — termoterapia —: una violenta reazione termica e viscerale con cui l'organismo rapidamente riesce a disimpegnarsi della infezione e guarire.

Furono adoperati a questo scopo la collobiase di stagno e d'oro, la proteino e pepto-terapia, la vaccino-terapia (anche con vaccini eterologhi). Conviene però eliminare i pericoli tossici, che tuttora rendono infida e poco pratica l'applicazione di questo metodo. Una interpretazione biologica, sicura del meccanismo d'azione non è ancora raggiunta.

Prendono la parola sull'argomento i prof. BARLOCCO, GIUGNI, PARIS, GALDI, MARASSINI, LUCATELLO.

(16)

Seduta pomeridiana,

Presiede il prof. LUCATELLO.

Reazieni immunitarie nella tubercolosi.

Relazione del prof. LUIGI SIVORI.

1. L'organismo tanto degli animali in esperimento come dell'uomo, di fronte ai materiali tubercolari di qualsiasi natura (bacilli vivi, bacilli morti, veleni tubercolari) comunque in esso penetrati, produce materiali difensivi specifici, corpi immuni, rilevabili con tecniche diverse.

2. Questi principî immuni, usando la terminologia adottata dai varii autori, vennero variamente compresi e dominati. Furono detti con denominazione comprensiva, inizialmente antitossine poscia anticorpi. Valutandoli analiticamente si distinsero in due gruppi: quelli che sono testimoni della avvenuta infezione e quelli che sono accolti come reale espressione della difesa organica. Nei primi vengono comprese le precipitine e le agglutinine; nei secondi sono comprese le opsonine, le antitossine e gli anticorpi propriamente detti rilevabili col metodo della deviazione del complemento.

3. La reale proprietà difensiva di questi materiali è stata variamente dimostrata e dalla maggior parte degli osservatori riconosciuta.

4. La natura intima dei fenomeni immunitari è stata oggetto di molteplici e spesso contraddittorie ricerche le quali affaticarono la mente dei vari sperimentatori e diedero origine a spiegazioni diverse ed all'acquisto di cognizioni frammentarie, dalle quali pur considerandone il valore scientifico, non è possibile trarre deduzioni definitive; ma che ad ogni modo non infirmano la reale esistenza di essi.

5. Dallo studio della fenomenologia immunitaria nella tubercolosi, risulta uno stato permanente di lotta fra gli antigeni e gli anticorpi che regola le manifestazioni dei fatti morbosi, le quali sono sempre in rapporto colle condizioni della reattività organica.

6. La valutazione degli antigeni e degli anticorpi nel tubercolotico, fornisce elementi preziosi di giudizio per la diagnosi e la prognosi delle malattie tubercolari.

7. La constatata presenza di antigeni dimostra l'esistenza dell'infezione; lo stesso dicasi per la presenza di anticorpi.

8. I rapporti fra antigeni e anticorpi chiariscono lo stato di offesa e di difesa dell'organismo, e se l'ammalato si trova in fase di reazione utile o meno al momento dell'esame; indicando così il coefficente di reazione organica.

9. L'applicazione delle conoscenze immunitarie alla terapia degli organismi infetti ed alla comprensione di essa va considerato in ordine:

a) ai mezzi terapeutici che hanno per oggetto di elevare la resistenza organica generale (alimentazione, cura climatica, riposo, ecc.) in quanto che migliorando il terreno organico si eleva la potenzialità reattiva di esso e quindi si agevola la produzione di quei materiali difensivi che si producono innanzi agli antigeni specifici, patogenetici dello stato morboso;

b) ai mezzi terapeutici specifici che hanno per oggetto di neutralizzare direttamente materiali offensivi specifici e determinare indirettamente una elevazione della resistenza specifica (terapia specifica passiva).

c) a quei mezzi diretti a determinare col concorso della reattività organica, la produzione di materiali difensivi specifici mediante l'introduzione per qualsiasi via di antigeni tubercolari (tubercoline diverse, corpi di bacilli morti, ecc.) (terapia specifica attiva).

L'azione di questi principi antigeni e l'opportunità del margine di resistenza caso per caso, perchè se questo non è sufficiente invece di essere utili possono riuscire dannosi.

Per margine di resistenza s'intende la capacità dell'organismo di reagire attivamente di fronte agli antigeni tubercolari in esso introdotti. Se questo margine fosse insufficiente i materiali antigeni introdotti si sommerebbero nella loro azione offensiva a quelli preesistenti per l'infezione tubercolare in atto. Il mezzo migliore per misurare il margine di resistenza consiste nella valutazione del ricambio intermedio e del contegno del peso del soggetto in esame di fronte ad una intossicazione bene graduabile quale è quella determinata dalle tossine della fatica.

10. Le conoscenze della immunità dimostrano la possibilità di una azione profilattica per mezzo di una vaccinazione preventiva dei soggetti sani e ne costituiscono la base scientifica.

Discussione.

Prende la parola il prof. Maragliano sui corpi immuni tubercolari — ricorda come per il primo al congresso di Bordeaux (1895) avesse messo in evidenza la presenza di sostanze immunitarie antitubercolari nel sangue, e la possibilità di determinarne artificialmente la formazione — e su questo concetto fin da allora propugnò la vaccinazione.

III. giornata.

Seduta antimeridiana.

Presiedono i proff. ZAGARI, SCHUPFER e V. ASCOLI.

Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della dissenteria amebica.

Relazione del dott. prof. GUIDO LORENZANI.

Le più importanti acquisizioni fatte durante la guerra, nel campo della Dissenteria Amebica, possono ritenersi le seguenti:

1. *Dal punto di vista della diffusione geografica* si è constatato:

a) che la forma morbosa a sede tropicale e paratropicale può svolgersi con tutta la sua fenomenologia anche nei climi temperati;

b) che in questi si è manifestata in grande prevalenza con casi isolati che sono stati in buon numero sulle prime misconosciuti nella loro etiologia.

2°. *Dal punto di vista etiologico* si è constatato:

a) che la Entameba dissenterica non è che la Entameba histolytica di Schaudinn. La Entameba tetragena dalla maggioranza degli A. è ritenuta identica alla histolytica, non mancano però studiosi che la ritengono distinta. L'Entameba nana è stata identificata per l'Entameba coli;

b) l'Entameba histolytica osservata nella dissenteria degli eserciti ha presentato identiche attività patogene di quella delle regioni tropicali.

3° *Dal punto di vista sperimentale* si è osservato, che anche somministrando materiale infetto a gatti giovani per bocca, purchè la quantità sia superiore a quella usata per inoculazione rettale e ripetuta per diversi giorni di seguito, si determina la malattia.

4° *Dal punto di vista clinico* si è rilevato:

a) una minore percentuale delle complicazioni epatiche (ascesso);

b) una forma clinica che per i sintomi eccezionali fu detta a sindrome surrenale;

c) che anche nella dissenteria amebica si è rivelata la reazione iodofila nel sangue.

5° Nei casi di dissenteria osservati durante il periodo di guerra furono trovati associati all'Entameba i seguenti protozoi: il Lamblia, il Trichomonas ed il Cercomonas; eccezionalmente si rilevò pure il fatto nuovo della contemporanea presenza dei bacilli dissenterici Shyga, Kruse e Flexner.

6° *Dal punto di vista della diagnosi microscopica* si è notato:

a) in opposizione a quanto si osserva nella dissenteria bacillare, si trovano numerosi globuli rossi e scarsità di mononucleari ed ancor più dei polinucleari;

b) che a mantenere i movimenti del parassita durante l'esame microscopico, nei preparati a fresco, corrisponde bene la diluizione del materiale contenente le Amebe in soluzione fisiologica riscaldata a 37°–38°.

7° *Dal punto di vista dei veicoli e mezzi di diffusione*, è stata assodata la grande importanza delle mosche e dei portatori cronici.

8° *Dal punto di vista terapeutico*, si è confermato il valore specifico della cura coll'emetina e del joduro doppio di bismuto e d'emetina come il migliore, più idoneo, più tollerato e più efficace dei composti di emetina. Anche nella suppurazione epatica si è confermata la grande efficacia del medicamento.

9° L'esame dei numerosissimi contributi intorno a questo tema, sopratutto inglesi, ha dimostrato, che non solo negli eserciti in guerra, ma anche nelle popolazioni interne si sono verificati casi di dissenteria amebica, determinandosi così dei minuscoli focolai che potrebbero costituire pericoli di vere resurrezioni della malattia e di possibili circoscritte epidemie.

Discussione.

Prende la parola il prof. PONTANO rilevando la necessità di fare metodicamente l'esame delle fecce nelle enteriti comuni, pone in rilievo l'importanza delleforme larvate primitive e secondarie, e l'importanza dei reperti delle cisti, infine l'importanza della terapia emetinica sulla cura dell'acceso epatico.

Il prof. IZAR parla dell'importanza dellla dissenteria amebica fra noi.

Sulla dissenteria bacillare.

Relazione del prof. F. GIUGNI.

Da una analisi riassuntiva degli studi e delle numerose ricerche sulla *Dissenteria bacillare*, compiuti durante la guerra, si possono trarre le seguenti *conclusioni:*

1° Che durante la guerra una gran parte, e i più estesi e tipici tra i focolai epidemici di dissenteria bacillare, risultarono dovuti al bacillo di Shyga-Kruse; e che questo germe, col disciplinarsi della tecnica batteriologica nei laboratori di guerra, fu riscontrato negli esami delle feci con una graduale maggiore frequenza, fino ad essere riconosciuto nelle più recenti ricerche l'agente pressochè esclusivo di gran parte della epidemia.

2° La percentuale elevata di tale reperto è risultata in ispecie conseguenza di alcune modificazioni nella tecnica degli esami, anzitutto dalla semina immediata nei terreni culturali delle feci appena emesse o prelevate direttamente dal retto o dal sigma colico.

3° In base a tale prevalenza di reperti, alla speciale impronta epidemiologica, ai dati clinici e anatomo-patologici caratteristici a questo germe, appare giustificato riservare al termine *dissenteria* il significato convenzionale di una entità morbosa definita, dovuta ad un agente specifico, il bacillo Shyga-Kruse, distinguendola anche dalla amebica che ha carattere endemico, e a cui si addice meglio, secondo alcuni autori, la denominazione di enterocolite amebica.

4° Altri nuclei epidemici ben più limitati e in genere improntati a maggior benignità, con alcune caratteristiche cliniche ed epidemiologiche differenziali, furono riscontrati dovuti agli altri germi dissenterici più noti, e in linea di frequenza al bacillo Flexner, al Y. Heiss-Russel e allo Strong. Gli altri germi meno frequenti o di reperto nuovo, più che in vere epidemie, si riscontrarono in piccoli nuclei o in casi isolati commisti al bacillo Shyga o agli altri germi ricordati.

5°) Per queste caratteristiche differenziali d'ordine clinico ed epidemiologico, che confermano le differenti proprietà biologiche e culturali di detti germi, risulta opportuno, a scopo di classificazione razionale, per quanto ancora convenzionale, procedere alla stessa stregua di quella adottata pei germi tifici: considerare cioè il bacillo Shyga-Kruse come germe dissenterico capostipite, e gli altri come *paradissenterici*, con l'identico significato attribuito ai paratifici.

6° Nella serie dei germi dissenterigeni che per il loro moltiplicarsi come prodotto delle ricerche di guerra hanno gettato l'allarme nei clinici e negli stessi batteriologi, dovrà essere compiuta una rigorosa rivista che accerti anzitutto se sono identificabili in un unico germe (cosa molto probabile e già verificatasi in alcuni casi) due o più germi i quali non hanno di diverso che il nome di un autore o una differente lettera dell'alfabeto.

7° Dei germi che certamente verranno così ridotti di numero sarà opportuno controllare se veramente si tratti di agenti di un vero quadro dissenterico ad andamento epidemico e con corrispondenti lesioni anatomiche, o piuttosto di disturbi enterocolici talora semplicemente funzionali, cioè senza decise e caratteristiche lesioni anatomiche e un vero andamento epidemico.

8° Stabilita così una distinzione clinica tra dissenteria vera, paradissenteria ed enterocoliti dissenteriformi, sarà compito della batteriologia disciplinare la serie ormai troppo numerosa di questi germi, riducendoli, in rapporto alle loro proprietà biologiche e a quelle patogene, o al gruppo dissenterico o al bacillo coli.

Discussione.

Prende la parola il dott. MONTICELLI sui rapporti fra dissenteria e influenza.

Prof. IZAR: Nota che le nostre cognizione non permettono di differenziare i b. dissenterici dai b. paradissenterici; rileva l'importanza del rettoscopio per la diagnosi e dell'utilità della miscela di carboni e caolino nella terapia.

Viene rilevata l'importanza curativa dei fermenti lattici.

Vi si associa il colonnello MENELLA: parlano pure sull'argomento il prof. MORSELLI, MARANINI, GASPARINI, PONTANO, GHIRON.

Presiedono i proff. GIUFFRÈ e GABBI.

Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo delle cardiopatie.

Relazione del prof. NICOLA PENDE.

Di tutti gli acquisti fatti negli ultimi cinque anni dalla cardiologia, il più importante è senza dubbio quello che concerne la fisiologia, la semeiologia, e la fisiopatologia clinica del *tono del cuore*, proprietà che si è dimostrata di una grande importanza nella genesi delle sindromi cardiovascolari così dette dinamiche e neurogene, sopratutto nella genesi degli stati di *dilatazione transitoria* delle cavità cardiache o degli osti valvolarid 'origine neuro-psicogena o da strapazzo muscolare; nella genesi dei disturbi cardiaci degli aviatori, nella genesi di una gran parte dei rumori cardiaci accidentali e dei più frequenti disturbi subbiettivi dei cardio-pazienti nevrosici, come il cardiopalmo ed il senso di costrizione precordiale.

Il tono del cuore può definirsi come latitudine immanente del muscolo cardiaco a conservare una certa posizione intermedia di attività tra la sistole e la diastole, proprietà di semi-contrazione permanente, per cui la cavità del cuore si adatta ad ogni momento al volume del suo contenuto, ed il volume cardiaco ne aumenta oltre a un certo segno durante la diastole, nè si rimpicciolisce oltre a un certo segno durante la sistole; dal tono del cuore dipende il volume medio, che può variare fisiologicamente di tempo in tempo. Il tono del cuore è negli animali superiori e sopratutto nell'uomo, di origine essenzialmente neuromiogena, per cui varia in senso sistolico o costrittorio, ovvero in senso diastolico od espansorio a seconda del preponderare degli impulsi nervosi simpatico-tonici, o di quelli vago-tonici.

Analogamente a quanto osservasi nei vasi sanguigni in cui può aversi un aumento attivo del calibro vasale, nel cuore noi possiamo ammettere che si abbia una variazione attiva espansoria subordinata al vago e che non significa diminuzione o paralisi del tono. Per cui bisogna ammettere che vi siano dilatazioni cardiache tonogeniche che possono non aver nulla in sè di patologico.

Tono del cuore ed attività contrattile ritmica, sono proprietà fino ad un certo punto indipendenti e dissociabili. Il tono è un fattore ausiliario, e regolatore della contrattilità, perchè impedisce uno sperpero di energia da parte del miocardio, il quale altrimenti sarebbe esposto a crisi di indebolimento e di esaurimento. Però se la deficenza di tono o atonia è un fattore predisponente all'astenia motrice, non può identificarsi colla medesima.

I concetti suesposti si possono applicare alla valutazione semeiologica e fisiopatologica del tono cardiaco, in cui si è creduto trovare un ottimo metodo esplorativo della capacità funzionale del cuore; benchè si debbano fare molte riserve.

La ricerca delle reazioni di tonicità miocardica fatta colla radioscopia, dimostra che in certe individualità (adolescenti vago-tonici) il cuore presenta un volume cardiaco instabile; in altre individualità (soggetti ad abito ortotico e astenico) il cuore si slarga per dilatazione della sezione destra nel decubito orizzontale, mentre nella stazione eretta si restringe e si allunga verticalmente. A queste variazioni si accompagna una grande subitaneità e velocità dell'itto cardiaco, cioè i battiti non sono, per così dire, smorzati, mentre il cuore a tono normale si oppone, mercè lo stato di semi-contrazione tonica delle sue fibre, non solo ad un rilasciamento diastolico completo delle medesime, ma anche ad un troppo brusco ed eccessivo accorciamento sistolico, come pure non si lascia facilmente distendere dal maggiore afflusso fisiologico di sangue venoso nel decubito orizzontale, e ne riduce esageratamente il suo volume nel minor afflusso di sangue della stazione verticale: dilatazione clinostatica e restringimento ortostatico, che sono minimi in condizioni di tono miocardico fisiologico, sono notevoli in cuori a tono labile e deficente.

Che questa labilità costituzionale del tono, possa esser legata a mancanza d'equilibrio fra i due sistemi nervosi cardiaci antagonisti, è dimostrato dal fatto che la surriferita abnorme ampiezza di oscillazioni sistolica diastolica del volume cardiaco, si osserva in soggetti vago-tonici, e le surriferite variazioni clinostatiche e ortostatiche si accompagnano: le prime ad altri fenomeni di vago-tonia cardiaca (bradicardia, iperdiastolia, ipotensione), e le seconde ad altri fenomeni di simpaticotonia cardiaca (accelerazione, ipersistolia, ipertensioni).

Lo Zehbe ha studiato un altro segno di labilità del tono miocardico, cioè l'eccessivo variare dell'angolo d'inclinazione del cuore (allo schermo dalla inspirazione all'espirazione).

Cuori sicuramnente ipotonici, come sono quelli di individui ad abito astenico e ortotico, si restringono notevolmente nel passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale, o per un aumento, anche minimo, del lavoro abituale. È una specie di spasmofilia cardiaca, riscontrabile in soggetti simpatico-tonici; che manca in soggetti vago-tonici, in cui può anche essere sostituita da una dilatazione tonogena delle cavità cardiache.

Essendo il tono del cuore dunque essenzialmente subordinato al tono del simpatico e del vago, una retrazione tonogena esagerata del cuore, sarà in-

dice di un tono coscrittorio esagerato, e una dilatazione tonogena od una mancata retrazione di un esagerato tono espansorio o diastolico, in rapporto con una vago-tonia costituzionale del soggetto.

Non si può, dalle reazioni di tonicità in senso costrittorio od espansorio, dedurre la capacità contrattile del miocardio.

I cuori perfettamente compensati sono quelli a tono più stabile, ed il cui volume varia meno facilmente per stimoli fisiologici. Anche cuori con dilatazioni tonogene, vagoto-niche possono comportarsi normalmente dal lato della contrattilità. Un tono labile può favorire la debolezza motoria del cuore solamente quando sia molto grave e di natura costituzionale e permanente.

Nelle cardiopatie di guerra, non solo in quelle dinamiche e neuropsicogene, ma anche in quelle organiche; i disturbi del tono cardiaco, ed ancor più del tono vasale, assumono un'importanza dominante. Esistono forme di atonia grave cardiaca e vascolare, che difficilmente si distinguono dalle lesioni degenerative del miocardio, o dalle forme di stanchezza muscolare grave del cuore (strapazzo cardiaco). Le dilatazioni tonogene e neurogene del cuore possono passare in dilatazioni da stasi o miogene. Lo studio del cuore basedoviano, nei suovarii stadii, fatto coll'elettrocardiografo e con osservazioni isto-patologiche, insegna come uno stato cardiaco possa trasformarsi nella cardiopatia organica più grave.

L'ipotonia cordis, la myasthenia cordis, la *myodegeneratio cordis* possono essere tre fasi successive di un processo cardiaco originariamente neuro-psicogeno. Anche lo studio del cuore nello stato timico, con la sua caratteristica tendenza alla sincope ed alla morte improvvisa, di cui qualche caso è pure segnalato tra i combattenti, per probabile preponderanza di ormoni vago-tonici e cardio-dilatori, combinata con deficenza di ormoni simpatico-tonici e cardio-sistolici, può aiutarci a comprendere come dei cuori eccessivamente e cronicamente dilatati per ipotonia grave, e durevole d'origine neuro-ormonica, possano andare incontro anche alla paralisi cardiaca funzionale; mentre quando l'atonia cardiaca è d'origine puramente psicogena (isterica) senza intervento di anomalie ormoniche gravi e persistenti, essa risolve facilmente e rapidamente.

Il concetto moderno, secondo cui i traumi psichici possono agire come veleni sull'organismo, col meccanismo degli squilibri ormoni, delle alterazioni metaboliche da eccesso, o difetto di ormoni circolanti (di ormoni tiroidei e surrenali) rende conto del carattere tossiemico delle nevrosi cardio-vascolari e della possibilità che lo strapazzo emotivo sia capace di turbare profondamente la crisi normale degli umori e indurre per questo meccanismo e per quello, delle brusche e ripetute oscillazioni di pressione endovascolare, alterazioni trofiche delle pareti muscolari del cuore e delle arterie, non escluse le coronarie.

Questo può spiegare la genesi della frequente arteriosclerosi precoce e della coronarite dei combattenti, qualche caso di aortite e insufficenza organica della mitrale in soggetti non sifilitici, nè attaccati da endocardite; e degli stati degenerativi miocardici interpretati come miocardite da strapazzo.

Dal punto di vista etio-patogenetico e nosografico, non esistono limiti netti fra le cardiopatie dinamiche e quelle organiche, osservate durante la guerra; dal lato poi della semeiologia funzionale, è difficile segnare criteri distintivi sicuri fra sindromi dinamiche ed organiche.

Il criterio costituzionale che prende di mira sopratutto lo stato delle correlazioni del circolo col sistema nervoso e neuro-muscolare del soggetto, è il migliore per la diagnosi e la prognosi delle sindromi dinamiche. Esso permette una distinzione di queste sindromi in miogene o miasteniche (cuore ipoplasico, debolezza cardiaca costituzionale), e in quelle legate a un fattore nervoso (neurasthenia cordis) delle quali ultime permette di distinguere le forme a tipo simpatico tonico, a cui appartiene il massimo numero dei casi di cuore certistico di guerra e le forme a tipo vago-tonico. Le nevrosi circolatorie sono suscettibili di passare in seguito, in cardiopatie di tipo arterioso, con tendenza all'insufficenza del cuore sinistro, le nevrosi circolatorie vago-toniche in cardiopatie di tipo venoso, con meiopragia del cuore destro.

L'importanza assunta dal sistema nervoso nelle cardiopatie, ci fa sempre più considerare l'attività cardiaca, come un'attività neuro-miogena, risultante dell'attività autoctona del muscolo cardiaco, e la giusta carica di stimoli nervosi al cuore e al sistema periferico. Il giudizio sulla sufficenza od insufficenza dell'apparato circolatorio, non può essere fondato soltanto sulla valutazione della forza di riserva del muscolo cardiaco, perchè questa può diventare insufficente se non è sostenuta da una sufficente resistenza psichica del soggetto.

Discussione.

Prende parte alla discussione il prof. GIUFFRÈ sul cuore da sforzo, sull'allenamento del cuore, sull'ipertofia da lavoro e sulle forze di riserva del cuore.

Il prof. BARLOCCO, sull'importanza che ha l'alcool e il tabacco nella genesi delle sindromi nernose del cuore dei combattenti.

Il dott. GETTI, parla del tono del cuore e dei riflessi cardiaci.

Il prof. VIOLA, parla sui rapporti fra le funzioni di elasticità e di tono della fibra muscolare cardiaca.

Risponde il relatore compiacendosi col prof. Giuffrè della conferma ai dati da lui esposti. Consente sul valore dei metodi di esame funzionali del cuore che servono solo se presi complessivamente e per quello che ciascuno di tali metodi può dare, il vero metodo di esame funzionale è quello clinico.

Relazione del prof. E. CIOFFI (Napoli): *Sui riflessi della clinica nei riguardi della lotta antitubercolare.*

Dott. GHIRON.

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Trieste 2-5 Ottobre 1919.

Seduta antimeridiana del 3 *ottobre* 1919.

Amputazione e protesi cinematiche.

Relatori prof. PUTTI e prof. PIERI.

PUTTI. — Gli insegnamenti, che derivano dal concetto e dalla pratica della cinematizzazione, non si limitano al campo dell'amputazione cinematica intesa in *sensu strictiori*, ma illuminano di nuova luce quello assai più vasto della tecnica generale delle amputazioni.

La teoria vanghettiana, che ci ha appreso ad utilizzare al grado massimo le risorse funzionali del moncone, ci porta a considerare l'amputazione non più come un intervento, che è fine a se stesso, ma come un atto chirurgico, che ha per mèta ultima la creazione di un nuovo elemento somatico, che, integrato dalla protesi, sarà fattore di nuova funzione.

È un periodo nuovo della storia delle amputazioni quello che sta schiudendosi, il periodo, che dovremo chiamare delle *amputazioni cinematiche*, cui sarà per sempre legato il nome glorioso di Giuliano Vanghetti.

La moderna dottrina delle amputazioni sarà caratterizzata:

1°) Da una logica revisione della tecnica delle amputazioni, per cui, tenendo conto dei futuri elementi funzionali, si deve risparmiare in masse di moto come in leva scheletrica.

2°) Dalla volgarizzazione della teoria dei motori plastici.

3°) Da un maggiore interessamento dei chirurgi per i problemi della protesi.

4°) Dalla riforma dei metodi di costruzione della protesi.

Accennato così al vasto programma, che la teoria vanghettiana della cinematizzazione schiude alla attività dei chirurgi dell'oggi. l'O. espone succintamente quali siano i risultati, che, nel campo pratico, la plastica e la protesi cinematiche ci hanno fornito.

L'esperienza personale dell'O. è fondata su 100 casi di cinematizzazione chirurgica, su oltre cento ricuperi incruenti di funzioni residue, e sulla pratica acquistata nel far costruire un cospicuo numero di protesi cinematiche.

Per ciò che riguarda la *cinematizzazione incruenta*, l'O. ha sistematicamente praticato la cinematizzazione di monconi falangei, metacarpici e carpici, riuscendo ad ottenere risultati funzionali soddisfacenti.

Raccomanda una rigorosa economia nelle amputazioni della mano.

Ottimi risultati ha ottenuto con l'applicazione sistematica a tutti i monconi di avambraccio, sufficientemente lunghi e mobili, della cosidetta protesi a rotazione.

Ottime combinazioni cinematiche possono ottenersi nell'avambraccio, associando la cinematizzazione chirurgica a quella meccanica. I movimenti rotativi saranno preferibilmente utilizzati al ripristino della supinazione-pronazione, mentre i motori plastici saranno destinati a muovere le dita.

Quanto alla *cinematizzazione chirurgica* l'O. dice di non aver avuto occasione di sperimentare in amputazioni di guerra la cinematizzazione primaria. Nelle amputazioni ipocinematiche ha generalmente preparato il terreno alla formazione di anse o di clave terminali, quest'ultime provviste o meno di nucleo osseo. Il maggior numero di plastiche cinematiche è stato eseguito su monconi già costituiti.

La questione della sede dei motori plastici ha una speciale importanza in riguardo alla loro utilizzazione protetica.

Riassumendo, a questo proposito, i dati della propria esperienza l'O. ritiene:

1°) Che nei monconi lunghi di avambraccio, che conservino un'ampia mobilità rotatoria, la preparazione dei motori terminali è controindicata. In quelli medî, con movimenti rotatorî non utilizzabili, meglio il o i motori terminali. Rispettare sempre i monconi corti, creando motori extrasegmentali sul braccio.

2°) Nei monconi lunghi di braccio sono preferibili i motori laterali ai terminali; l'inverso vale per i monconi medî o corti.

3°) Nell'arto inferiore i motori non dovranno mai ostacolare l'appoggio terminale.

Ha avuto migliori risultati dai motori ad ansa che da quelli a clava; il motore a tunnel fornisce il migliore degli attacchi. Per ciò che riguarda la cosidetta clava-oscillante, non è sempre facile che la nuova articolazione risponda a tutte le esigenze funzionali.

In due casi ha eseguito la falangizzazione del radio e dell'ulna, modificando la tecnica del Krukemberg.

Per ciò che riguarda la scelta del tipo di motore, l'esperienza di oltre un anno lo ha indotto a preferire in massima il motore tendineo o muscolare, preparato con plastica cutanea a ponte, secondo la tecnica di Delitala.

Questo tipo di motore ha vantaggi notevoli, che l'O. riassume: possibilità dell'intervento in anestesia locale, e di cinematizzazione differenziata di varî muscoli di uno stesso gruppo; facilità del metodo, scelta della sede del motore, ecc.

Il problema della *protesi cinematica* è assai più immaturo di quello dell'amputazione cinematica. Tuttavia, anche in questo campo, si sono compiuti dei progressi, abolendo dai sistemi di attacco e di sospensione i materiali semirigidi, utilizzando gli anelli metallici rivestiti di gomma indurita; semplificando la struttura degli apparecchi, ecc.

PIERI. — L'O. si rimette a quanto è scritto nella sua relazione, per ciò che riguarda la trattazione generale dell'argomento; e discute un solo punto della questione, che presenta il carattere di maggiore attualità ed importanza: l'amputazione o disarticolazione cinematica diretta, o cinematizzazione primaria.

Finora, nella chirurgia di guerra, tutti o quasi i tentativi praticati in questo campo, furono diretti ad eseguire cinematizzazioni terziarie, a cinematizzare cioè monconi provenienti da amputazioni o disarticolazioni eseguite secondo i metodi classici.

Ora, nella pratica civile, il chirurgo che si trova davanti alla necessità di praticare un'operazione demolitiva sugli arti, deve possedere dei piani operatorî che gli permettano di eseguirla secondo le nuove concezioni della chirurgia cinematica.

L'O. ha avuto occasione di praticare in varie occasioni queste cinematizzazioni primarie. Egli espone i principali metodi operatorî usati, illustrandoli con la presentazione di disegni schematigi e fotografie di malati operati.

Comunicazioni sulle amputazioni cinematiche e discussione.

PELLEGRINI: *Cineplastica e cineprotesi.* — Porta il contributo della sua esperienza alla cineplastica ed alla cineprotesi. Egli ha eseguito 34 cinematizzazioni. Ha usato largamente dei metodi antiretrattili. In linea generale preferisce le cineplastiche laterali a ponte, per la loro semplicità, perchè non necessitano un ulteriore accorciamento del moncone e non danneggiano i movimenti residui. Presenta delle fotografie di casi operati, ed un mutilato di avambraccio, con cinematizzazione laterale, fornito di protesi, che permette al mutilato di afferrare e sorreggere varî oggetti.

SCALONE parla di un processo per la *cinematizzazione dei monconi di amputazione, per una efficace p oduzione di lavoro.*

CHIASSERINI: *Contributo allo studio delle cinematizzazioni e plastiche-cinematiche.* — Espone un suo metodo che permette la formazione di anse terminali alternanti, e lo illustra con proiezioni di diapositive. L'O. ha eseguito 13 riamputazioni e plastiche cinematiche, di cui alcune primarie. Parla delle indicazioni e delle controindicazioni delle cinematizzazioni terminali e di quelle laterali, facendo notare che l'ampiezza d'escursione del motore plastico ha forse maggiore importanza della forza che il motore stesso può esplicare. Presenta fotografie di casi, e tre mutilati di avambraccio, operati secondo il suo metodo, uno dei quali fornito di protesi cinematica.

GALEAZZI: *Le modificazioni funzionali dei muscoli dei monconi di amputazione.* — Espone i risultati di interessanti ricerche da lui eseguite con Pugliese, sulla funzionalità dei muscoli nei monconi di amputazione.

Egli presenta numerose grafiche, che dimostrano l'attività di questi muscoli, sotto varie condizioni.

La conclusione principale, cui è pervenuto, è che la riunione diretta dei muscoli antagonisti dà il maggiore rendimento. È un fautore dell'ansa terminale. Non è d'avviso che si possa ottenere una efficace cinematizzazione differenziata fra muscoli di uno stesso gruppo.

SOLIERI, in vista della importanza scentifica e pratica del problema delle cinematizzazioni, fa voti perchè i chirurgi ne diffondano fra i loro colleghi e fra il pubblico i grandi vantaggi, in modo che questo nuovo indirizzo possa entrare domani nella pratica chirurgica comune.

Il relatore PUTTI risponde brevemente ai varî oratori: è d'accordo con Chiasserini per ciò che riguarda la importanza della escursione dei motori plastici; a Galeazzi fa notare che la cinematizzazione differenziata fra muscoli di uno stesso gruppo è possibile, e risponde ad una legge fisiologica. Associandosi al voto di Soleri, si augura che la cinematizzazione dei monconi di amputazione, idea geniale di Vanghetti e gloria italiana, sia apprezzata al suo giusto valore.

Su proposta di PIERI e PELLEGRINI viene inviato un telegramma di plauso a Giuliano Vanghetti.

Seduta pomeridiana del 3 ottobre 1919.

NICOLICH riferisce su tre casi di estirpazione subtotale della vescia per cancro. Di questi, uno morì poco dopo l'operazione; un secondo si rimise in buone condizioni, ma dopo alcuni mesi presentò recidiva; un terzo, che viene presentato dall'O., gode buona salute.

NICOLICH riferisce anche sulla nefrolitiasi bilaterale, e presenta un paziente, curato da lui dodici anni fa, e che trovasi tuttora in ottime condizioni.

A proposito di questa comunicazione, CAUCCI ricorda le ricerche sperimentali di cistectomia parziale da lui eseguite nel Laboratorio di patologia chirurgica di Roma.

PUTTI: *Sulla cura chirurgica delle anchilosi e della rigidità del ginocchio.* — Presenta dei pazienti operati di artroplastica o mobilizzazione del ginocchio. Due di questi furono operati circa sei anni fa; l'anchilosi era consecutiva, in un caso ad artrite stafilococcica, nell'altro ad artrite gonococcica. I risultati funzionali sono ottimi. In tre altri casi l'anchilosi era consecutiva a ferita di guerra; due pazienti, operati rispettivamente da due e da un anno, flettono ed estendono bene la gamba. Nel terzo caso la notevole mobilità laterale, e la frequente subblusazione anteriore della tobia, richiesero un secondo intervento, che consiste nel ricostituire con lembi di fascia lata, i legamenti laterali e il legamento crociato anteriore. Il lembo di fascia lata adoperato per ricostruire il legamento crociato anteriore, fu fatto passare traverso un tunnel scavato nel condilo interno del femore, e fissato con un chiodo al condilo esterno della tibia. Si è ottenuto una maggiore stabilità dell'articolazione, ma i movimenti di flexo-estensione sono diminuiti; quest'ultima operazione è del tutto recente (Agosto 1919).

CHIASSERINI: *Un caso di neuro-fibroma racemoso.* — Dopo avere esposto, con la proiezione di diapositive, il metodo operatorio usato da lui nella formazione delle anse terminali (di cui alla precedente comunicazione) l'O. espone un caso di neurofibroma racemoso da lui operato in un bambino. Il tumore era della palpebra superiore destra e della regione temporale. Nei cordoni si trovavano costantemente fibre nevose mieliniche e amieliniche; esisteva una forte proliferazione dell'endonervio. L'O. illustra il caso con proiezione.

(*Continua*). A. CHIASSERINI.

Il fascicolo 9° (15 settembre 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati, contiene:

I. Dott. **G. Fantozzi.** – *Peliosi reumatoide simulante l'appendicite;*

II. Dott. **P. Gilberti.** - *Osservazioni a contributo del trattamento chirurgico delle deviazioni dell'utero e del prolasso genitale.*

III. Dott. **R. Bompiani.** - *Riassunto critico sulla cura delle fratture aperte e lesioni articolari d'arma da fuoco.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La miosite ossificante progressiva.

I caratteri principali e costanti della miosite ossificante progressiva sono i seguenti:

1° ossificazioni multiple comparenti nei muscoli volontari, nei tendini, nei legamenti articolari, nelle aponevrosi, senza apparente causa traumatica o di altra natura;

2° comparsa dell'affezione, quando non è addirittura congenita, quasi sempre nella infanzia;

3° decorso progressivo quasi fatale verso una pietrificazione completa e tardivamente mortale;

4° associazioni di insufficienze di sviluppo tanto anatomico che fisiologico (microdattilia, mancanza di sviluppo dei caratteri sessuali, infantilismo, ecc.)

5° importanza degli ematomi da emorragia spontanee come punto di partenza per il processo di ossificazione.

Rosenstirn attribuisce tutto il processo patogenetico della malattia ad un arresto generale di sviluppo. Per tal fatto i vasi sono di una sottigliezza e delicatezza estrema, donde la possibilità di emorragie circoscritte sotto l'azione di traumi impercettibili o anche di una semplice elevazione della pressione sanguigna.

Luzoir (*Presse médicale*, 1919, n. 9) ritiene che vi sia anche una fragilità anormale dei tessuti, per modo che l'emorragia sarebbe una causa della necrobiosi parziale, la quale serve di punto di partenza dell'ossificazione. L'intolleranza alla radioterapia che stimola lo sviluppo dei tumori confermerebbe questa patogenesi.

Pare che non siano in causa nè la coagulabilità sanguigna, nè il metabolismo del calcio. La terapia in questo senso non ha dato alcun risultato.

Salvo qualche speranza del resto molto incerta data dalla opoterapia il solo trattamento efficace o meno palliativo consiste nell'esportazione chirurgica degli osteomi i più dolorosi e che più sono di impedimento alle funzioni del corpo, come quelli che ostacolano la respirazione.

dr.

La spondilite tifosa.

Osler (*Canadian Medical Association Journal*, Giugno 1919) ritiene che la spondilite tifosa sia più rara di quel che generalmente si ritiene. Spesso vengono attribuite a questa localizzazione vertebrale della infezione eberthiana forme nervose funzionali. L'A. descrive un caso di pretesa spondilite tifosa resistente ad ogni genere di

cura, che guarì dopo soli dieci minuti di trattamento. Si trattava di un caso apparentemente molto grave con paralisi che durava da due anni. Il soggetto che era assolutamente incapace di muovere il tronco e gli arti inferiori, con un trattamento suggestivo dopo dieci minuti fu in grado di camminare correttamente. Osler crede che si deve pensare ad una forma semplicemente neurotica simulante una spondilite tifosa quando si ha uno stato neurastenico con disturbi vasomotori ed in qualche caso anche con stimmate isteriche; quando si ha rigidità del dorso accompagnata da dolori talvolta violenti nei tentativi di movimenti ed anche quando si abbia dolorabilità alla pressione dei processi spinali; ed infine quando manca la febbre e l'esame locale riesce completamente negativo.

Non è dubbio che in molti casi l'elemento funzionale si aggiunge ad una leggera lesione organica. Ma è certo che in molte forme di spondilite tifosa i disturbi nervosi motori e sensitivi hanno carattere prevalentemente neurotico. Dei fatti locali il più costante è il dolore al dorso che può essere parossistico e spesso straordinariamente violento tanto che il paziente evita di fare qualsiasi movimento. Il dolore può essere nettamente localizzato ad una radice spinale, estendersi ad uno o a due lati del corpo e diffondersi ad una o ad ambo gli arti inferiori. Anche costante è la dolenzia dei processi spinali alla pressione per lo più limitata alle vertebre lombari ed alle ultime dorsali. Sempre presente è la rigidità della colonna vertebrale. In gran numero di casi c'è anche una contrattura cronica dei muscoli accompagnata da fini tremori nei movimenti delle gambe: ma il fatto più caratteristico è la contrazione ritmica involontaria dei muscoli addominali. Nei casi gravi c'è incapacità assoluta di muovere gli arti inferiori, ma non c'è vera paralisi, non c'è atrofia, nulla insomma che faccia sospettare una lesione mielitica o nevritica. I riflessi sono esagerati.

Come disturbi di sensibilità si può avere iperestesia specialmente al dorso ed anche anestesia. Non è dubbio che la forma nevrotica funzionale possa sovrapporsi ad un processo infiammatorio osteo-periosteo delle vertebre, ma è erroneo far dipendere i disturbi nervosi dalla lesione vertebrale. Si tratta di fatti coincidenti e non conseguenti, che si svolgono e guariscono indipendentemente gli uni dagli altri. Tali fatti devono essere presenti per un conveniente indirizzo terapeutico ed un esatto giudizio prognostico.

dr.

La mobilizzazione delle articolazioni traumatizzate.

Dopo l'esperienza della guerra, il trattamento delle lesioni articolari deve venire sottoposto a revisione. Già W. Dowden nel *British med. Jou n.*, del 23 novembre 1918, affermava senza riserva che molte migliaia di soldati con lesioni articolari erano stati resi storpi per tutta la vita, in causa del feticismo della immobilizzazione, mentre potrebbero usare bene i loro arti se gli apparecchi immobilizzanti fossero stati usati solo per breve tempo. Ad analoghe conclusioni giungono W. Bainbkidge (*U. S. Naval Bulletin*) e Dowden, secondo i quali la mobilizzazione attiva deve essere incominciata subito dopo avvenuta la lesione. Si impediscono così le aderenze che sono l'effetto di prolungata immobilizzazione. Trattasi di applicare alle lesioni articolari il metodo di cura, preconizzato da Willems per le artriti purulente (cfr. questo giornale pag. 977), accompagnandolo anche con movimenti passivi.

r. s.

Trattamento del reumatismo e della gotta con iniezioni ipodermiche di acido salicilico.

J. Séjournet (*Presse méd.*, 22 maggio 1919) ha ottenuto, con questo metodo, buoni risultati. Egli prepara la soluzione, versando un litro di acqua bollente sopra un grammo di acido salicilico; pratica l'iniezione di 1 cmc. (1 mgr. di acido salicilico) in corrispondenza di ogni articolazione dolente, in un punto vicino il più possibile all'interlinea articolare; l'iniezione, nei malati timorosi, può essere preceduta da un' altra di 1/2 cgr. di cocaina. Nei giorni seguenti, se l'ammalato soffre tuttora, si ripetono le iniezioni. È raro che esse debbano continuare più di quattro o cinque volte, poichè ben presto scompaiono il dolore e la tumefazione periarticolare. Il malato, soprattutto se giovane, può rapidamente alzarsi e fare i primi passi, mentre si andrà più a rilento negli individui attempati.

I vantaggi di questo metodo sono molteplici: specialmente degno di nota è quello che il trattamento fatto sin dall'inizio, impedisce la generalizzazione e quindi la complicazione di endocardite; il trattamento sarebbe anche efficace contro l'endocardite stessa al suo inizio.

Nel reumatismo muscolare si fa l'iniezione nel punto più doloroso e si vede talvolta la guarigione avvenire quasi seduta stante.

Anche la gotta può essere utilmente trattata con questo metodo, facendo l'iniezione di 1 cmc., in corrispondenza della articolazione affetta. La

sciatica, che viene considerata come una neuralgia reumatica, guarisce spesso in 8-10 giorni, con un'iniezione quotidiana, al punto di emergenza dello sciatico.

Il reumatismo cronico può pure ritrarre vantaggi con questo metodo (una corona di iniezioni periarticolari), mentre esso non ha effetto sul reumatismo osseo, nodoso e deformante.

fil.

Suppurazioni delle dita e loro cura.

I patereccì (W. Gundermann: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, giugno 1919) sono sempre causati dall'infezione di una ferita da parte dei piogeni. La gravità del processo non dipende dalla specie dei germi infettanti, ma dalla loro virulenza; germi in cultura provocano le infezioni più gravi. La gravità del processo dipende inoltre dalla sede dell'infezione. Si distinguono in tale riguardo:

1) patereccio cutaneo:
2) paronichia e patereccio sub ungue;
3) patereccio sottocutaneo;
4) patereccio tendineo;
5) patereccio articolare;
6) patereccio osseo.

Il patereccio cutaneo e la paronichia sono le forme superficiali. Le forme profonde sono più difficilmente diagnosticabili. Nel patereccio sottocutaneo la sede del maggior dolore e della maggior tumefazione è situata verso la parte laterale del dito, che è libero in tutte le sue articolazioni. Nel patereccio tendineo il punto di maggior tumefazione è situato nel centro del lato flessorio del dito, che è tenuto costantemente flesso; non è possibile estendere il dito colpito. Nel patereccio articolare la tumefazione circonda l'articolazione, il dito colpito, flesso permanentemente, non può venire esteso; è colpita di preferenza la II^a falange, mentre la I^a è libera nei suoi movimenti; è molto caratteristica la deviazione laterale dell'asse del dito. Il patereccio osseo colpisce di solito l'ultima falange; la falange intera è tumefatta ed arrossata.

Nel patereccio cutaneo, l'apertura delle vescicole purulenti, ed impacchi umidi consecutivi, conducono rapidamente a guarigione. Nella paronichia e nel patereccio sub ungue, il miglior metodo di cura è la stasi alla Bier; a tale scopo si circonda strettamente la radice del dito con delle strisce di cerotto adesivo. Ciò calma prontamente il dolore, e l'infezione regredisce senza che sia necessario asportare l'unghia. In questo stesso modo va curato il patereccio articolare. Il patereccio sottocutaneo e quello osseo, vanno incisi precocemente; lunghe incisioni in quello sottocutaneo, nei punti dove la pelle è più tesa, ed incisioni laterali, o lungo la volta del polpastrello, a seconda del punto più dolente, in quello osseo. Dopo le incisioni, si provoca un'intensa iperemia mediante ripetuti bagni d'acqua calda. Il patereccio tendineo va curato dal chirurgo, ed è bene inviare subito l'ammalato all'ospedale. È utilissimo curare profilatticamente le piccole ferite delle dita colla stasi alla Bier, ottenuta coll'applicare strisce di cerotto alla radice del dito.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1051) *Malaria latente primitiva.* Al dott. F. P. da M.:

In generale chi è infettato naturalmente o sperimentalmente di malaria, dopo un periodo classico di incubazione, variabile per le varie forme, ha le prime manifestazioni cliniche della malaria.

Queste sono d'ordinario irregolari e tumultuarie nei primi giorni, poi assumono il noto quadro delle febbri intermittenti. Talora le manifestazioni sono lievissime ed anomale, la malattia ha un carattere larvato, non esattamente interpretato dal paziente e dal medico; ad esse segue un periodo lungo di latenza, durante il quale il paziente è nel pieno benessere. Tale periodo di latenza (latenza secondaria) può prolungarsi anche per mesi, e la malattia scoppiare come una falsa primitiva. In questa categoria possono rientrare alcuni dei suoi malati.

Ma non tutti coloro i quali contraggono la malaria ne hanno le manifestazioni classiche o larvate dopo un periodo determinato di incubazione. È nozione vecchia, rinnovata dagli studi di guerra con una moltiplicazione impressionante di osservazioni, che alcuni individui possono contrarre la malaria, e divenire malati anche dopo parecchi mesi, senza che le indagini anamnestiche più accurate riescano a mettere in evidenza la più leggera indisposizione, come equivalente della fenomenologia clinica di prima invasione. Dirò di più che questi soggetti nello scoppio della malattia, dopo parecchi mesi dacchè l'hanno contratta, si comportano spesso per il quadro clinico come dei malarici primitivi. Le osservazioni di tal genere si riferiscono particolarmente a persone che hanno abitato zone malariche senza presentare nessun segno di malattia, la quale si manifesta quando esse vanno ad abitare zone indenni.

Oltre ad osservazioni particolari personali e di parecchi autori (Bilke etc.), interi battaglioni tedeschi che avevano combattuto in Volinia, senza dare casi di malaria, si sono ammalati improvvi-

samente di malaria nella primavera successiva, abitando in zone indenni.

Da questa categoria di persone bisogna naturalmente escludere coloro, nei quali i primi accessi febbrili si presentano nel primo mese dopo aver lasciato la zona palustre: essi potevano essere stati infettati negli ultimi giorni di permanenza e quindi costituire dei semplici malati in incubazione. Non così semplici si presentano le cose nei riguardi di coloro che hanno abbandonato la zona palustre e nelle regioni indenne da malaria hanno le prime manifestazioni della malattia dopo qualche mese. L'accertamento dell'esistenza di questi casi deve portare ad una prima conclusione: contratta la malaria, questa può dare le prime manifestazioni cliniche dopo parecchi mesi: esistono cioè categorie di malarici nei quali la malattia resta latente in maniera primitiva, dei *malarici latenti primitivi* come li chiama l'Ascoli.

La loro esistenza è d'altra parte confermata da ricerche nel sangue degli abitatori sani di zone malariche: in forti percentuali gente apparentemente sana è stata trovata portatrice di parassiti malarici. Inoltre in occasione di spostamenti di truppe, di azioni in zone montuose, coloro che provenivano dalla zona palustre danno un forte improvviso contributo di *casi nuovi* di malaria.

L'osservazione clinica, è dunque confermata dall'indagine di laboratorio, dai dati epidemiologici.

Questa categoria di soggetti non sono semplici portatori di germi, perchè presentano tumore di milza, prima già dello scoppio della febbre; non sono malati in incubazione perchè una malattia, se pur non sensibile al paziente, in essi si svolge; non sono latenze secondarie, perchè mancano le manifestazioni primitive, sono *malarici latenti primitivi*.

Il cambiamento di clima può in essi provocare l'accesso, specie se la zona palustre è lasciata per la zona montuosa (e forse è il caso dei suoi malati) ma la latenza può prolungarsi anche fino alla primavera successiva, e la febbre iniziarsi nel periodo delle recidive preepidemiche.

Il perchè della latenza primitiva è problema non ancora risoluto; perchè il cambiamento di clima suscita l'accesso? il problema è comune con la malaria ordinaria; anche nei malarici latenti ordinarî la montagna provoca spesso lo scoppio dell'accesso. Con ogni verosimiglianza i complessi elementi del clima determinano condizioni di stimolo *alla riproduzione degli ematozoari*, con ogni probabilità in tali condizioni si avvera quello che sperimentalmente (stimoli chimici) è stato già ottenuto, *l'accelerazione cioè del processo di partenogenesi* e una nuova attività riproduttiva delle generazioni asessuate.

T. PONTANO.

(1052) *Sulle aritmie.* — Al dott. L. D. da C. A.: I due trattati classici sulle aritmie e sul loro valore clinico rimangono sempre quelli del Wenckebach (die Arhythmie als ausdruck bestimnter Functionsstärungen des Herzeus) e del Makenzie (Diseases of the Heart).

Nei libri moderni di cardiologia è largamente trattata la parte che riguarda i disturbi del ritmo del cuore.

Oltre al Price (già recensito nel « Policlinico ») utile e moderno è il libro dell'Hirschfelder: « Diseases of the Heart and Aorta ». (London Lippincott Company, London, 1919).

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

PORTOT ET HESNARD. — *Psychiatrie de guerre.* Prezzo L. 6.00. Editore F. Alcan, Parigi.

È uno studio molto accurato e metodico delle forme mentali che la guerra ha determinate con tanta frequenza. Su la psichiatria di guerra molto si è pubblicato: il libro di Porot ed Hesnard non apporta nessun elemento nuovo alle più dibattute quistioni. Ha però il merito di essere chiaro e conciso.

dr.

SMITH ELY IELLIFFE. — *The tecnique of Psychoanalysis.* Editore: Nervous and Mental Disease Company, New York e Washington.

È una dettagliata esposizione della dottrina e della pratica della psico-analisi. È un libro che costituisce una delle più chiare ed ampie volgarizzazioni della teorica del Freud, la quale è considerata dall'A. non solo dal punto di vista medico, ma anche da quello pedagocico.

dr.

BRADBY. — *Psycho-analysis and its place in life.* Editori Frowde-Hoddor et Stoughton, Londra.

Pregevole lavoro di esposizione e di critica della teoria di Freud, che rivela nell'autore una profonda cultura filosofica e letteraria. Capitoli molto lucidi e convincenti sono quelli dedicati ai fenomeni subcoscienti, ai sogni, al simbolismo.

Particolare interesse desta lo studio della vita dei grandi artisti al lume della psico-analisi. È un lavoro che si legge molto volentieri per la chiarezza della forma e per il nuovo rilievo che l'A. dà alla discussa teoria del Freud.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XIII Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Nei giorni 27, 28 e 29 settembre si è riunito ad Ancona il Congresso dei medici condotti.

Il Congresso è stato animatissimo.

Alla inaugurazione della Presidenza centrale sono presenti il presidente Martinelli i vice presidenti Biscioni, Vaccino, Malusardi, il cassiere Carobbio e i segretari Pellegrini e Secchieri.

Dopo nominata la Commissione per la verifica dei poteri il dott. Gandolfi propone l'invio di un telegramma al prof. Murri. L'assemblea approva.

Il dott. *Gandolfi* propone che si discuta prima dell'*Assicurazione obbligatoria contro le malattie*. La inversione dell'ordine del giorno viene approvata.

Il presidente *Martinelli* espone lo stato attuale della questione. Spiega succintamente in che cosa consistano il progetto massimo e minimo. Esprime il parere che convenga esporre le nostre proposte prima che la Commissione approvi il progetto essendo poi difficile ottenerne le eventuali modificazioni.

Nel progetto minimo l'assistenza sanitaria rimane ai Comuni con accordi da farsi coll'istituto di assicurazione. Col progetto massimo invece tutta l'assistenza passa all'istituto assicuratore.

Parlano in vario senso i dottori *Cingolani*, *Vaccino*, *Dal Prato*, *Gandolfi*, *Belli*, *Ceramicola*, *Fatichi*, *La Placa* e *de Frabritiis*.

Vengono proposti numerosi ordini del giorno. La votazione è avvenuta sul seguente ordine del giorno ed è stata fatta per divisione e per appello nominale:

« Il Congresso, mentre rivendica alla classe dei medici condotti il primato nel richiedere a legge sopra l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, conferma la fiducia al proprio presidente Martinelli e gli dà mandato di sostenere in seno alla Commissione ministeriale che la classe vuole che sian rispettati i diritti acquisiti dai medici condotti che sia stabilito per legge che l'opera dei medici sia compensata con un'indennità di residenza e con onorari fissati in rapporto all'opera prestata volta per volta secondo una tariffa concordata cogli ordini dei Medici: che sia garantita una congrua rappresentanza dei sanitari nelle Commissioni per l'applicazione della legge ».

Questa prima parte accettata dalla Presidenza ha riportato 113 voti favorevoli e 16 contrari.

La seconda parte è così formulata:

« Qualora poi non sia approvato il progetto massimo, intende che sia mantenuta l'attuale forma di assistenza sanitaria domiciliare affidata ai Comuni gratuita per i poveri e a pagamento pdr gli abbienti, lasciando all'istituto di assicurazione il provvedere al solo controllo ».

Questa parte non fu accolta dalla Presidenza e fu respita con 85 no, contro 30 si.

Seduta antimeridiana del 28.

Il segretario *Pellegrini* ricorda lo stato dell'associazione nel dicembre 1918, che era ridotta a non più di cinquecento soci, con non più di venti sezioni ancora in funzione. La presidenza si era impegnata di tentare la riorganizzazione dell'Associazione per poi presentare al Congresso le proprie dimissioni, al fine di nominare la Presidenza Centrale. Attualmente il numero dei soci, è salito a 6300 suddiviso" in 128 sezioni. Sono in corso ricostituzioni di altre sezioni tanto che ormai si può affermare che l'Associazione ha raggiunto il numero di 6500 inscritti. Aggiungendo le 2000 condotte circa vacanti si può dire che non si è molto lontani dall'avere la quasi unanimità dei medici condotti d'Italia iscritti nell'associazione nazionale. Purtroppo però i soci non hanno dimostrato quello spirito di solidarietà e di combattività che è necessario in un momento decisivo come l'attuale. Il Congresso deve richiamare i soci tutti alla necessità di procedere al versamento delle 100 lire richieste, se si vuole che la lotta ingaggiata per le rivendicazioni economiche abbia il risultato che tutti desideriamo. Accenna quindi alla cassa pensione, riservandosi di esporre quanto si fepe per ottenere quei miglioramenti che sono noti a tutti i soci.

Prende quindi la parola il tesoriere *Carobbio* per una relazione finanziaria.

Parla poi a nome dei revisori dei conti il dott. *Procaccini* il quale propone l'approvazione dei bilanci.

Dopo breve discussione viene messa in votazione l'approvazione delle relazioni morale e finanziaria e l'assemblea le approva ad unanimità.

Il vice presidente *Biscioni* espone che la presidenza centrale ha presentato al governo ed alla cassa di previdenza i desiderata deliberati nel Congresso di Firenze e nella riunione di Roma circa la Cassa Pensioni. Ora per ora ha ottenuto solo promesse e nessun fatto.

Parlarono su questo argomento *Dal Prato*, *Cingolani*, *Fatichi*, *Serafini*, *La Placa*.

Il vice-presidente *Malusardi* avverte di avere fatti continue pressioni al Ministero del Tesoro, e dell'Interno, ma le risposte sono state negative.

Si approvarono i seguenti ordini del giorno:

« Il Congresso constatato che ai soli medici condotti pensionati con pensioni che erano di fame anche col costo della vita avanti-guerra non è stato concesso il caro-viveri, reclama anche per elementare giustizia, che il Governo, provvedendo ai mezzi necessari, accordi con retroattivatà il caro-viveri ai medici condotti pensionati.

« *Fatichi* ».

Il congresso riconferma sulla cassa pensioni le conclusioni approvate nei precedenti Congressi in merito all'integrazione comunale proporzionata allo stipendio e invita le Sezioni ad ottenerle per via diretta dalle singole amministrazioni.

« *Cingolani* ».

« Il Congresso fa voti perchè nell'amministrazione del monte pensioni la metà degli amministratori sia nominata dall'Associazione Nazionale dei medici condotti in rappresentanza della classe.

« *Giannini* ».

Seduta pomeridiana del 28.

Gatti esprime l'avviso che oltre le rivendicazioni economiche si pensi alle quistioni igienico-sociali, dando così un soffio di idealità al movimento. Respinge la idea di aggregarsi ad associazioni operaie, quindi a Camere di lavoro: perchè oltre al materialismo deve in noi esistere la visione della nostra missione che deve racchiudersi in due parole: Scienza e Umanità. Come programma di azione vuole che sia elevato il concetto, la funzione del medico-condotto. Vuole conferenze scientifiche, corsi accelerati, propaganda igienico-sociale. Innalzata la figura del medico condotto verrà meglio ricompensato il suo lavoro.

Zuppa dice che si fanno delle accademie perchè ognuno vuole fare trionfare le proprie idee. Vuole lo sciopero generale in unione ai funzionari degli enti locali — e questo specialmente in occasione della lotta elettorale.

Del Bue parla contro l'istituto della condotta medica, dicendolo un anacronismo.

Cingolani sollecita una associazione di classe, con gli altri funzionari di enti locali.

Parlano quindi sui metodi di lotta *la Placa Rubini, Morganti, Oliaro, Camurri, Braccini e Franchini.*

Il Vice Presidente Vaccino crede opportuno emanare disposizioni per richieste uniche in tutta Italia perchè la lotta si svolga con carattere regionale a seconda che le Federazioni sono più organizzate e pronte alla lotta. Non può oggi dirsi quale esito hanno avuto le diverse battaglie perchè molte Sezioni non hanno neppure inviato la nota dei Soci. L'attuale Presidenza ha cominciato solo a potere lavorare nell'aprile scorso. In quanto al metodo si domanda: scoipero o dimissioni?

L'abbandono immediato del lavoro ossia degli ammalati presenta difficoltà morali. Lo sciopero uso Ceramicola equivale a dimissione perchè i Comuni possono ritenere il medico come dimissionario. Inoltre sarà difficile che i diversi medici possano accordarsi sopra il trasferimento da una condotta all'altra. Date le dimissioni dovranno tutti insistervi fino a quando un solo non sia al posto?

Questo è facile aversi se noi pure si avesse la forza della Confederazione Generale del Lavoro. Ammettiamo che col 30 ottobre si mandino 1200 dimissioni e 600 colleghi abbiano ottenute le richieste e dopo un mese 700 e poi 800, come comportarsi per ottenere il risultato anche per gli altri?

Pellegrini, segretario, dice che la Presidenza nel bollettino aveva domandato alle Federazioni Regionali di concretare il programma per le rivendicazioni economiche le quali dovevano poi ottenere l'approvazione dai Comuni interessati, salvo applicare le misure estreme (che però non dovrebbero essere attuate se non dopo ottenuta la sanzione della Presidenza Centrale) se i Comuni si rifiutassero di accogliere le domande dei loro medici condotti. Le Federazioni in parte si costituirono, in parte non ancora. Non tutte quelle costituite ricordarono il loro dovere di informare la Presidenza Centrale di quanto sono andate facendo, ed ecco perchè la Presidenza non ha potuto comunicare all'Associazione la situazione delle varie regioni. Allo stato attuale delle cose è necessario che tutte le regioni che non hanno ancora costituito le Federazioni, lo facciano immediatamente. Dopo ciò la direzione generale della lotta potrà essere assunta dalla Presidenza Centrale che coadiuvata dai Comitati Federati applicherà quelle deliberazioni che in proposito sarà per prendere il Congresso. Il Congresso decida quale mezzo crede più indicato per vincere le ostilità dei Comuni e lo si applichi al più presto.

Parlano ancora pro o contro lo sciopero *Fatichi Ronconi, Bertolato, Ceramicola, Cruccu, Rabitti e Braccini.*

La votazione per appello ha dato 93 voti favorevoli alle dimissioni e 60 allo sciopero.

Seduta del 29.

Carobbio propose che la quota annua fosse fissata in lire 20, delle quali 12 alla Cassa Centrale e 8 alla Cassa sezionale. La proposta è approvata.

Dopo animata discussione si approvò di domandare alla Presidenza la formulazione di proposte di modificazioni statutarie e se ne rimandò l'esame e l'approvazione al prossimo congresso.

Si fissò lo stipendio del Presidente in L. 12.000 oltre le spese di viaggio, in L. 2500 quello del Cassiere, ed in L. 25 al giorno la diaria dei membri del Consiglio.

Furono approvate una proposta di costituzione di mutuo soccorso fra i socii, voti per la limitazione di ore di lavoro, per il riposo settimanale e per il ribasso personario.

Si provvide alla costituzione della nuova Presidenza: *Martinelli*, presidente; *La Placa, Braccini, Dal Prato, Carobbio, Belli, Mattioli, Bertacchini, Grandoni e Ceramicol.a*

Fu designata come sede del prossimo Congresso la città di Fiume.

Sull'assicurazione contro le malattie.

Il presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, prof. Luigi Silvagni, ha diretto ai presidenti degli Ordini dei medici una circolare, n. 4137, contenente una densa *relazione* sull'opera svolta nella *Commissione per lo studio delle assicurazioni obbligatorie contro le malattie*.

La relazione traccia la storia della Commissione, che datava già da due anni quando il Silvagni fu chiamato a farne parte.

In esito al lavoro compiuto dalla Commissione generale e da una Sottocommissione costituitasi nel suo seno, vennero elaborati due schemi di progetto: *A* e *B*. Lo schema *A* provvedeva all'assistenza degli assicurati lasciando sussistere l'attuale ordinamento sanitario; l'Ente assicuratore garantiva un sussidio di malattia, il medico, i medicinali, la levatrice, un soccorso funerario, ma lasciando tutto l'ordinamento sanitario attuale e la separata autonomia delle altre Assicurazioni: Infortuni, Invalidità, Vecchiaia ecc. Lo schema *B*, che venne accolto, provvedeva all'assistenza degli assicurati, affidando all'Ente assicuratore anche l'assistenza dei poveri, riunendo tutte le singole Assicurazioni sociali in una unica e globale e trasferendo all'Ente assicuratore quello che oggi è l'obbligo comunale dell'assistenza sanitaria. Fu anche accolto il principio di una grande estensione nel numero degli assicurati e quello di dare assistenza sanitaria alle famiglie degli assicurati.

Il progetto, approvato con tale estensione, porta all'incirca il 70 % della popolazione tra gli assicurati e gli assistiti e riduce i poveri (che non avevano sinora nemmeno una definizione giuridica) al 2 o 2 ½ %.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, i medici della Commissione, prof. Devoto, professore V. Ascoli, dott. Fabbri, prof. Loriga, professore Pavone, dott. Giordano di Trento (che recava con sè la pratica delle Assicurazioni nelle terre redente), dott. Martinelli e prof. Silvagni, tennero un'adunanza e formularono delle proposte di articoli che furono unanimemente accettati dalla Commissione.

Le Assicurazioni avranno un personale dirigente e di ispezione, medici consulenti e medici specialisti che saranno nominati con norme e oneri regolamentari. L'obbligo della cura medica sarà affidato in determinate zone e per determinato numero di assicurati a medici fiduciarii che saranno presi da due gruppi: gli attuali medici condotti con l'osservanza dei loro diritti e dei loro doveri e i medici liberi che saranno eletti per concorso. La necessità dei medici fiduciarii è sembrata indiscutibile, prima di tutto per mantenere il principio dell'obbligo dell'assistenza non solo agli assicurati e agli assistiti, ma ai poveri, anche se ridotti di numero; poi perchè vi sieno medici cui affidare la pratica della prevenzione delle malattie; e da ultimo per un coordinamento uniforme dell'assistenza e per tutto l'immane lavoro statistico che pei primi anni è e sarà pieno di incognite nei suoi risultati.

Circa il modo di compenso dei detti medici, l'*obbligo* della cura e della presenza nella zona assegnata è retribuita con uno stipendio, che è indennità di residenza. Le prestazioni mediche saranno retribuite a *tariffa*. I commissari furono contrarii a ogni *forfait* e contratto *capitario*. L'opera del medico viene così ad essere compensata in proporzione del suo lavoro e viene ad essere respinta ogni forma, anche larvata, di risurrezione della condotta piena con stipendio immutabile e richiesta di assistenza mutevolissima.

Ammesso, e ciò è indiscutibile, che i medici fiduciarii saranno numerosissimi, che molti perciò dei liberi esercenti attuali adiranno a questi concorsi, ammesso pur senza discussione che saranno numerosi i medici con funzioni direttive o di ispezione, rimaneva sempre la questione grave di tutti gli attuali medici liberi esercenti e del probabile loro danno.

Si convenne che gli assicurati e le loro famiglie abbiano *diritto* di farsi curare da tutti i medici liberi esercenti inscritti negli Albi degli Ordini al momento della promulgazione della Legge, e che le prestazioni di questi medici sieno compensate con le tariffe stabilite per le prestazioni dei medici fiduciarii. Con ciò i liberi esercenti hanno il diritto, non il dovere, della cura, e non assumono obblighi di residenza.

Si è deciso inoltre che *agli effetti dell'articolo* 3 *della Legge sugli Ordini i medici delle Assicurazioni vengano considerati liberi esercenti*.

La questione ospedaliera sarà risolta anche essa con vantaggio grande dei malati e certo anche del trattamento dei medici ospedalieri, giacchè o con convenzioni, o assumendone l'amministrazione, o col creare nuovi Ospedali le Assicurazioni avranno diretti rapporti economici e morali con i medici ospedalieri.

Il fatto oggi esistente che agli alienati debbano pensare le Amministrazioni Provinciali alle quali

le Assicurazioni non chiedono alcun contributo, ha fatto trovare in minoranza nella proposta di parificazione nel Progetto di Legge dei Manicomi agli Ospedali.

Il caso Masnata.

Il Congresso dei chirurghi italiani, riunito a Trieste, esauriti i temi scientifici, esaminò il caso del prof. Masnata e prese il seguente deliberato:

« La Società Italiana di Chirurgia, preso in esame « il caso del prof. Giovanni Masnata, già direttore « dell'ospedale di Stradella, considerando che ogni « e qualsiasi atteggiamento politico non può « esser causa di persecuzione o di vendetta contro « un chirurgo nell'esercizio dell'arte salutare scru« polosamente compiuto, protesta contro l'opera « esplicata a danno del prof. Masnata ed invoca « la piena solidarietà, oltre che della classe chirur« gica, di tutta la classe medica a favore del con« socio e collega ».

Su proposta del presidente prof. Nicolich, questo ordine del giorno fu presentato al Congresso di medicina interna, che si tenne subito dopo quello di chirurgia e che dette la sua adesione.

***

A sostituire il prof. Masnata venne officiato il prof. Bonzani dell'Ospedale Maggiore di Milano, il quale mise la condizione che non sarebbe andato a Stradella spontaneamente, ma solo se chiamato dall'Amministrazione Ospitaliera di Stradella attraverso il benestare del presidente dell'Ospedale Maggiore di Milano, dott. Schiavi.

Per gli aspiranti medici laureandi nella prossima sessione autunnale.

Riceviamo:

Quando esigenze di servizio sanitario richiedevano un buon numero di aspiranti medici, sorsero con una prontezza addirittura militare le Università castrensi, di troppa infausta memoria, e così per utilità si disse anche nazionale ci fu data alla meglio la possibilità di studiare, promettendoci cose migliori a calma tornata.

Al contrario fino ad oggi non un provvedimento a favore nostro.

Facemmo il nostro dovere con tutta la convinzione dell'animo e del pensiero; ora a guerra finita dobbiamo pensare al nostro avvenire con tutta l'energia, anche per il bene della Nazione.

Con il congedamento della classe 1895 tutti si può dire i nostri colleghi laureandi o no di altre facoltà sono tornati al lavoro sereno e proficuo; nel richiamo del 1900 si escludono gli studenti universitari. Siamo quindi come in tempo di pace. Ed allora perchè trattenere ingiustamente la nostra categoria sotto le armi e parlare anche ironicamente di agevolazioni, quando dall'autorità militare ci viene negata anche la licenza per esami?

Gli aspiranti medici furono creati per la guerra e non per il servizio sanitario territoriale, per quel servizio che molto sembra far comodo al normale funzionamento sanitario.

Noi come gli altri, domandiamo la possibilità di poterci laureare nella prossima sessione. Quanto chiediamo è santo, è giusto. Ci venga data una buona volta la possibilità di studiare, di colmare le nostre lacune, esonerandoci anche temporaneamente.

Una commissione di nostri colleghi si è recata dal Ministro della P. I. ed ha conferito con il capo di gabinetto comm. Parpagliolo per domandare un provvedimento che s'impone. Il capo gabinetto ha riconosciuta la giustizia della nostra richiesta e ci ha assicurato interessarne il Ministro della guerra affinchè voglia concedere una licenza a noi laureandi nella prossima sessione di esami.

Alcuni laureandi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Nuove provvidenze adottate dal Ministero dell'interno contro il tracoma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), con i limitati mezzi disponibili, aveva iniziata, già prima della guerra, la lotta contro il tracoma, sussidiando circa 60 ambulatori antitracomatosi, dei quali 10 presso Cliniche oculistiche; istituendo, presso alcune di dette cliniche, corsi teorico-pratici pei medici, e provvedendo, in vari comuni, alla formazione di sezioni speciali di scuole elementari, destinate ai bambini tracomatosi, allo scopo di tenerli separati da quelli sani.

Oggi, di fronte alla maggiore diffusione verificatasi per la guerra, ai numerosi militari affetti da tracoma, smobilitati e rientrati nella vita civile, ed in considerazione, anche, dei riattivati e sempre crescenti scambi con la Libia, ove il tracoma è endemico, grave e assai diffuso, sono bene giustificate le preoccupazioni del Governo, e la conseguente adozione di provvedimenti idonei, diretti a combattere, con energia, la infezione, e ridurla ai minori termini possibili.

Tali provvedimenti sono stati concretati in un Decreto-Legge di prossima pubblicazione, il quale si impernia su tre capisaldi:

1°) formazione di nuovi congegni: dispensari per la cura ambulatoria e speciali luoghi di cura per i casi che richiedono la ospedalizzazione.

Ciò con l'intento di provvedere a curare prontamente ed in modo continuativo e razionale gli

infermi, specie le forme secernenti che sono le più contagiose.

2°) formazione di organi: corsi teorico-pratici, per i medici, presso le Cliniche Oculistiche, per la diagnosi, cura e profilassi della malattia;

3°) scoperta dei casi: denuncia obbligatoria del tracoma riscontrato nelle collettività (scuole, istituti di educazione e di cura, opifici industriali, ecc.).

Per la esecuzione di tali provvedimenti, il Decreto-Legge concede *mutui* per le istituzioni già organizzate e funzionanti, come ospedali o altri Enti che possano offrire le necessarie garanzie, e *sussidi* annuali per quelle altre minori che si occupano della cura ambulatoria od ospedaliera del tracoma, per la propaganda, e per i corsi teorico-pratici presso le Cliniche.

Un milione circa all'anno per dieci anni viene stanziato per i mutui, e lire 750,000 annualmente per i sussidi.

È notevole, poi, la disposizione per la quale le somme che risulteranno disponibili alla fine di ogni esercizio saranno portate in aumento delle disponibilità degli esercizi successivi.

Nella concessione di tali benefici, sono preferiti gli Enti che si propongono l'assistenza degli ex-militari, i quali abbiano contratta l'infezione tracomatosa in servizio militare di guerra.

Con tale Decreto-Legge il Governo intende far fronte, in modo efficace e durevole, alla lotta contro il tracoma; la quale, specie in questo primo periodo del dopo-guerra, si presenta come problema della più grande urgenza e della più alta importanza igienica e sociale.

Per la profilassi della rabbia.

Un'ordinanza del Municipio di Roma stabilisce quanto appresso:

Tutti i possessori di cani, compresi quelli destinati alla guardia di ville, di terreni coltivati, tanto in città, quanto nel Suburbio e nell'Agro Romano, debbono provvedere che i medesimi, circolando o sostando nelle strade, nei pubblici esercizi o in qualunque luogo accessibile al pubblico, siano muniti della museruola. Sulla museruola o sul collare deve essere fissata e ben visibile la piastra metallica, rilasciata dall'Ufficio Tasse. Sul collare deve essere scritto, in lingua italiana, il cognome, il nome e l'abitazione del proprietario del cane.

Il proprietario, al quale venne rilasciata la piastra, ha l'obbligo di denunciare immediatamente alla Delegazione Municipale competente l'eventuale vendita o smarrimento del cane.

— I cani a guardia di greggi, in movimento sulle pubbliche vie, devono essere condotti dai pastori per tutto il tragitto con museruola e guinzaglio.

— Ogni possessore di cani è rigorosamente tenuto a dare immediata denuncia all'Ufficio d'Igiene di qualunque indizio che possa far sospettare lo sviluppo dell'idrofobia.

— Tutti i cittadini, indistintamente, sono tenuti ove non possano provvedere con mezzi propri, a richiedere alle Delegazioni municipali di far trasportare al canile municipale i cani e i gatti che abbiano morsicato persone od altri animali, perchè vengano sottoposti ad osservazione per il periodo di tempo prescritto.

— È data facoltà ai cittadini di consegnare lla Società protettrice degli animali, cani e gatti, per la soppressione, purchè rilascino alla Società stessa una dichiarazione scritta dalla quale risulti che gli animali da sopprimere non hanno morsicato altri animali o persone.

La Società non dovrà accettare gli animali che non siano accompagnati da tale dichiarazione. Essa avrà anche l'obbligo di informare subito l'Ufficio d'igiene municipale di qualunque caso o fatto soggetto a denuncia a norma delle disposizioni suindicate.

I contravventori saranno puniti a termine di legge.

CONDOTTE E CONCORSI.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — A tutto 15 nov. è aperto il concorso ad un posto di assistente effettivo nell'Ospedale; L. 1600 lorde, aumento del 30 % e indennità caro viveri in conformità ai relativi Decreti. Iscrizione alla C. P. a carico dell'Amministrazione. Stanza con obbligo di pernottarvi. Diarie di guardia L. 15. Si richiede l'Elenco delle votazioni riportate negli esami. Nomina biennale. Assunzione servizio entro 10 giorni dalla nomina. Chiedere annunzio di concorso.

A tutto 30 nov. concorso a due posti di assistente effettivo nei reparti dei tubercolosi; L. 2000; altre condizioni come sopra.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il dott. Casimiro Frank ha conseguito la libera docenza in Clinica delle malattie nervose, presso la R. Università di Roma, svolgendo la lezione di prova sopra la « Diagnosi in altezza delle compressioni midollari » davanti alla Commissione esaminatrice presieduta dal prof. Gaglio e composta dai proff. Marchiafava, Mingazzini, Fragnito e La Pegna.

Rallegramenti.

ALBO D'ORO.

Il dott. Enrico Cartolari, chirurgo, direttore dell'ospedale civile di Isola della Scala (Verona), è stato insignito della Croce al merito di guerra ed è stato nominato cavaliere della Corona di Italia per « speciali benemerenze acquistate in dipendenza della guerra 1915-1918 ».

NOTIZIE DIVERSE.

Le condizioni sanitarie del Comune di Roma.

Innanzi ai rappresentanti della stampa cittadina il sen. Marchiafava ha rilevato l'ottimo stato sanitario della città, dove la mortalità quotidiana per tutte le cause, compresi i decessi negli ospedali e nell'Agro, va da 18 a 25 casi, raramente giunge a 30, mentre l'anno scorso durante il mese di ottobre, quando infuriava la *spagnola*, morivano da 250 a 280 persone al giorno.

È scomparso il vaiolo, di cui dal gennaio scorso ci sono stati 250 casi con 30 decessi; è scomparso anche il tifo esantematico, che dai prigionieri si era propagato ai soldati e da questi ai civili: in agosto ve n'erano stati cento casi.

Ora si sta combattendo la malaria. Purtroppo la tubercolosi accenna ad aumentare e la mortalità relativa è raddoppiata.

Il Comune ha aperto ed apre ambulatori antitubercolari per la prima infanzia. Roma è la prima città che abbia tali istituzioni. Il corpo della « Romana Salus » fornirà le infermiere visitatrici che si recheranno per le case del popolo a sorvegliare la tenuta e la nutrizione dei fanciulli gracili, surrogandosi in ciò alle madri non abbastanza abili o troppo occupate.

L'Organizzazione Civile mantiene ancora la colonia di Villa Umberto, che pensa a 100 fanciulli di debole costituzione fornendo loro tre pasti al giorno e il trasporto sui trams municipali. Un'altra simile colonia sarà aperta quanto prima a S. Sabina.

Intanto si sta edificando ad Ostia il noto ospizio antitubercolare municipale che accoglierà la colonia dei piccoli infermi oggi esistente a Ladispoli.

Infine si aprirà a giorni un altro grande dispensario per tubercolotici adulti in via Merulana; altri già ve ne sono in funzione a S. Lorenzo, in Prati, e alla Lungara.

L'Ufficio d'igiene sta preparando una riforma radicale per la cura delle malattie celtiche.

Contro la tubercolosi nella provincia di Perugia.

Si sono radunati a Perugia i rappresentanti delle associazioni antitubercolari della Provincia per addivenire alla costituzione di una Lega, all'approvazione dello Statuto relativo e alla nomina della Giunta esecutiva.

Lo scopo che si prefigge la Lega è quello di promuovere le organizzazioni antitubercolari in tutta la provincia, coordinandole e procurandone l'unità di azione.

È morto a 89 anni il prof. ABRAHAM JACOBI, il più reputato pediatra degli Stati Uniti. Era nato in Germania, ad Hartum (Westphalia). Si era laureato a Gottinga nel 1851. Implicato in un movimento rivoluzionario, fu imprigionato per due anni, a Berlino ed a Colonia; stava per essere nuovamente arrestato, quando riparò in Inghilterra e di lì negli Stati Uniti. Stabilitosi a New York, vi divenne successivamente « lettore » in patologia infantile, professore di pediatria al Collegio medico, all'università ed al Collegio dei medici e chirurgi. Nel 1894 declinò l'invito dell'Università di Berlino di coprire la stessa cattedra. Numerosissimi sono i suoi lavori, tra cui molto apprezzati quelli sulla dieta infantile, sulla difterite, sulla patologia del timo, ecc. Fu presidente dell'Associazione Medica Americana e coprì molte altre cariche onorifiche e di responsabilità.

È morto a Parigi, in età di 51 anni, il professor ALBERT GOUGET, chiamato recentemente a coprire la Cattedra di patologia generale in quella facoltà medica, condirettore de « La Presse Médicale », autore di importanti lavori sull'insufficienza epatica e di una serie di studi apprezzati sulla leucemia spleno-midollare, sul coma diabetico, sull'ateroma tabagico, ecc.

È morto a Berlino il batteriologo H. ARONSON, il noto autore del terreno che ne porta il nome per l'isolamento dei vibrioni del colera.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI *Roma, 12 ottobre 1919* **Fasc. 41**

(Pubblicato il 5 novembre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'incisione da preferirsi per lo svuotamento dell'adeno flemmone sottomascellare.

per il prof. AURELIO POGGIOLINI.

Nell'anno 1913 pubblicai nel giornale *La clinica chirurgica* i risultati di alcune ricerche di anatomia chirurgica, eseguite da me nell'Istituto di Clinica generale operativa della R. Università di Siena, col seguente titolo: « Si può nelle operazioni sulla loggia sottomascellare risparmiare sempre i rami facciali della branca inferiore del nervo facciale? »

Tali ricerche mi furono consigliate dal compianto prof. Domenico Biondi, in seguito all'osservazione di paralisi di metà del labbro inferiore, residuata dopo l'incisione di adeno-flemmoni e dopo l'estirpazione di tumori sottomascellari, specialmente quando l'incisione cutaneo-aponeurotica raggiungeva le vicinanze dell'angolo della mandibola.

Dalle ricerche sul cadavere di adulto risultò che i rami facciali della branca inferiore del n. facciale possono, nel loro decorso, oltrepassare in basso il bordo inferiore della mandibola, occupando una zona limitata, in alto, dal bordo suddetto, nei suoi $^2/_3$ posteriori; in basso, da una linea orizzontale, distante 1 centimetro e mezzo del medesimo bordo; posteriormente, dal margine anteriore del m. sterno-cleido-mastoideo, e che i rami motori boccali inferiori e mentonieri possono essere lesi da tutte le incisioni, interessanti la zona sopra descritta; per esempio da quelle consigliate da Tilleaux e da Zuckerkandl per l'allacciatura dell'arteria linguale nel trigono, da quella di Lenormant e di Kuttner per lo svuotamento della loggia sottomascellare, da quella di Lejars per lo svuotamento dell'adeno-flemmone: perciò io consigliavo, per questi interventi, incisioni che rispettassero la zona stessa e raggiungessero ugualmente lo scopo. Così, per lo svuotamento della loggia consigliavo un'incisione che, partendo dalla sinfisi del mento, giunge al gran corno dell'osso joide, poi si dirige orizzontalmente indietro fino al margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo; sollevando il lembo cutaneo aponeurotico, così formato, si scopre ampiamente la loggia, come chiaramente dimostra la fotografia annessa alla mia memoria, pubblicata nella « Clinica Chirurgica ». La porzione orizzontale di questa incisione può servire, come quella di Kocher, per l'allacciatura dell'a. linguale nel trigono. Lo spazio compreso fra la zona, che può essere percorsa dai rami motori in parola e la linea, seguita dall'incisione, che io consiglio per lo svuo-

tamento della loggia, può essere tutto utilizzato per lo svuotamento dell'adeno flemmone: sia con l'incisione parallela alla parte orizzontale, sia con taglio parallelo al $\frac{1}{3}$ anteriore del bordo inferiore della mandibola.

Finora ho potuto usufruire, per la pratica chirurgica, dei risultati di queste ricerche anatomiche soltanto per ciò che riguarda l'adeno-flemmone sottomascellare, affezione molto frequente, specialmente nei bambini; molti casi ne ho veduti durante il mio servizio chirurgico di guerra; spessissimo concomitanti a carie dentaria.

Delle 3 incisioni utili, da me consigliate a questo scopo, ho usata quasi sempre la II, cioè quella che segue una linea obliqua, diretta fra $\frac{1}{3}$ anteriore del bordo inferiore della mandibola e il gran corno dell'osso joide. L'ho preferita perchè essa segue approssimativamente la direzione delle fibre del m. pellicciaio del collo e ritenevo (e i fatti confermarono la mia opinione) che la cicatrice risultante da tale incisione non avrebbe dato luogo a quella retrazione che costituisce la regola nelle incisioni trasversali; inoltre tale incisione comprende la zona di maggiore tumefazione, resistenza e fluttuazione, i quali caratteri sono invece generalmente minimi sotto il $\frac{1}{3}$ anteriore del bordo mandibolare inferiore; infine debbo far presente che la maggior parte degli operati erano in tenera età, qualcuno neonato, e la distanza fra osso joide e bordo del mascellare inferiore era minima; in questi piccoli individui non potevano essere applicati i calcoli approssimativi, risultanti dalle mie ricerche sui cadaveri di adulti, circa la zona che poteva essere occupata da filamenti sottomandibolari della branca inferiore del facciale, destinati alla metà corrispondente del labbro inferiore e del mento.

Per queste ragioni abbandonai la I delle incisioni, da me consigliate, parallela al $\frac{1}{3}$ anteriore del bordo della mandibola, dopo averla impiegata nei due primi casi, e non ho mai praticato la III, orizzontale, a livello del gran corno dell'osso joide.

Posso dire che la II incisione mi ha dati ottimi risultati: in nessun caso ho osservato paralisi del facciale; mai emorragia degna di nota; la evacuazione del pus avvenne sempre in modo rapido e sicuro dalla loggia, la quale, per mezzo del drenaggio, si manteneva perfettamente svuotata, come si comprende facilmente, pel fatto che l'incisione interessa anche la parte più declive della loggia; in pochissimi giorni cessava la secrezione e si poteva eliminare il drenaggio; la cicatrice, formatasi rapidamente, non presentava mai retrazione.

Per i bambini in più tenera età, data la minima distanza fra gran corno dell'osso joide e bordo della mandibola, che rendeva malagevole praticare direttamente un'apertura abbastanza ampia della loggia, ho usato un artificio: incisa la pelle per circa 2 cm. nella direzione obliqua fra il $\frac{1}{3}$ anteriore della mandibola e il gran corno dell'osso joide, sfondavo l'aponeurosi con la sonda, diretta obliquamente in alto, indietro ed all'esterno; il pus fuoriusciva immediatamente; introducevo pel foro prodotto dalla sonda una pinza Péan o Kocher, chiusa, dentro la loggia, e la ritiravo alquanto aperta, in modo che l'apertura dell'aponeurosi veniva dilatata fino a raggiungere quella prodotta dal bisturi nella cute, poi introducevo il drenaggio capillare ben dentro nella loggia. Tale artificio era utile, perchè rendeva più rapido l'intervento, data l'irrequietezza degli infermi, che venivano operati ambulatoriamente e senza narcosi. Anche in questi casi l'esito fu la guarigione rapida; senza retrazione della cicatrice e senza paralisi.

I casi operati da me, di adeno-flemmone sottomascellare, superano certamente la cinquantina, ma non tutti possono essere riportati qui; non furono registrati alcuni operati nella pratica civile a domicilio e parecchi altri che si riferiscono al servizio di guerra.

Mi limiterò a riportare i casi che ho potuto raccogliere; sono 30 in 28 individui.

1. C... A..., di Giuseppe, a. 13, Castelnuovo Berardenga. — 6 ottobre 1911. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Incisione parallela al $\frac{1}{3}$ anteriore del margine inferiore della mandibola, causticazione col $ZnCl_2$, drenaggio capillare. Anestesia locale col cloruro di etile. Guarigione.

2. G... G..., di ignoti, a. 2, Gaiole. — 5 gennaio 1912. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Incisione come sopra. Causticazione col $ZnCl_2$, drenaggio capillare. Anestesia locale col cloruro di etile. Guarigione.

3. C... L..., di Settimio, a. 14, Rapolano. — 30 settembre 1912. Adeno flemmone sottomascellare destro. Incisione obliqua fra $\frac{1}{3}$ anteriore del bordo mandibolare inferiore e il gran corno dell'osso joide; svuotamento di 30 cmc. circa di pus, denso, cremoso, fetido; causticazione col $ZnCl_2$; drenaggio capillare. Anestesia locale col cloruro di etile. Guarigione.

4. G... A..., fu Giovanni, a. 50, coniugato, Colona, Siena. — 26 agosto 1913. Adeno flemmone sottomascellare sinistro, da carie dentaria. Trattamento come sopra. Guarigione.

5-6. B... A..., di Fernando, a 2., Staggia. — 8 ottobre 1913. Adeno flemmone sottomascellare bilaterale. Incisione e trattamento bilaterale come sopra. Guarigione.

7. S... A..., a 38, coniugato, Saludecio. — 10 luglio 1914. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento come sopra. Guarigione.

8. B... L..., mesi 15, Saludecio. — 24 settembre 1914. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento come sopra. Guarigione.

9. A... A..., a. 14, nubile, att. casa, Saludecio. — 27 sett. 1914. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento come sopra. Guarigione.

10. Z... M..., di Duilio, giorni 20, Comacchio. — 5 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento come sopra. Guarigione.

11. S... D..., di Giuseppe, mesi 2, Comacchio. — 6 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento come sopra. Guarigione.

12. B... B..., di Antonio, a. 1, Comacchio. — 13 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento come sopra. Guarigione.

13. B... N..., di Giuseppe, mesi 16, Comacchio. — 15 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento come sopra. Guarigione.

14. C... R..., di Pietro, mesi 8, Comacchio. — 15 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento come sopra. Guarigione.

15. C... G..., di Luigi, a. 3, Comacchio. — 15 novembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

16. F... P..., di Luigi, a. 3, Comacchio. — 3 dicembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

17. B... A..., di Giuseppe, a. 14, Comacchio. — 3 dicembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

18. F... P..., di Antonio, a 3, Comacchio. — 8 dicembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

19. B... M..., di Natale, a. 3, Comacchio. — 29 dicembre 1915. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

20. C... M..., di Antonio, mesi 18, Comacchio. — 10 gennaio 1916. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

21. G... S..., di Guerrino, a. 3, Comacchio. — 12 gennaio 1916. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento detto. Guarigione.

22. C... R..., di Nazzareno, mesi 2, Comacchio. — 14 gennaio 1916. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

23. S... I..., di Attilio, a. 26, att. casa, Comacchio. — 28 gennaio 1916. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento detto. Guarigione.

24. C... B... M..., di Giovanni, a. 2, Comacchio. — 9 febbraio 1916. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento detto. Guarigione.

25. B... G..., di Edoardo, a. 3, Comacchio. — 20 novembre 1918. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento detto. Guarigione.

26. F... A..., di Angelo, a. 2, Comacchio. — 23 novembre 1918. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

27. C... G..., di Mariano, a. 11, Comacchio. — 28 novembre 1918. Adeno flemmone sottomascellare destro. Trattamento detto. Guarigione.

28–29. T... G..., di Antonio, a. 4, Comacchio. — 3 dicembre 1918. Adeno flemmone sottomascellare bilaterale. Trattamento detto bilaterale. Guarigione.

30. G... L..., del fu Guido, a. 44, a. casa, Comacchio. — 5 marzo 1919. Adeno flemmone sottomascellare sinistro. Trattamento detto. Guarigione.

Concludendo, io credo che per lo svuotamento dell'adeno flemmone sottomascellare sia da preferire una incisione cutaneo-aponeurotica, obliqua dall'alto al basso, dall'interno all'esterno, lungo una linea diretta fra il $1/3$ anteriore del bordo della mandibola e il gran corno dell'osso joide. Tale incisione può aprire ampiamente la loggia, che può essere drenata in modo perfetto; permette al drenaggio tubulare o capillare (non stipato) di funzionare perfettamente, mantenendo vuota la loggia, poichè di questa viene aperta la parete esterna, fino al punto più declive della loggia stessa; ciò che favorisce lo scolo del pus; deriva da questi fatti che il drenaggio può essere soppresso dopo pochissime medicazioni e la guarigione è rapida. Nulla o minima è la retrazione della cicatrice, quale avviene nelle incisioni che sezionano trasversalmente il m. pellicciaio del collo. Non residua paralisi dei rami facciali della branca inferiore del nervo facciale.

Comacchio, marzo 1919.

RIVISTE CRITICHE.

Il valore delle recenti conquiste nello studio di alcune malattie interne sifilitiche

per il prof. TOMMASO PONTANO.

(Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente).

3) **La cura.** — Non minori vantaggi della etiopatogenesi e della diagnostica ha ritratto la cura della sifilide dagli studi moderni.

I punti fondamentali, che la moderna terapia ha saputo utilizzare sono:

a) il reperto dello spirochete nelle manifestazioni iniziali;

b) la reazione di Wassermann come mezzo utile non solo per diagnosticare la malattia, anche quando essa è allo stato latente, ma per seguire da presso il sifilitico durante la cura;

c) infine l'uso dell'arsenobenzolo.

Nel primo stadio della sifilide l'infezione resta per un certo tempo localizzata; in esso la reazione di Wassermann è negativa. Questa compare verso la 6ª-7ª settimana dopo l'infezione ed ha una costanza maggiore di quello che non mostrino le manifestazioni secondarie. Durante il primo periodo è possibile avere la certezza della diagnosi, mercè *il reperto dello spirochete* nella ulcera, nella erosione, nell'erpes forme con cui l'accidente iniziale può presentarsi. La diagnosi precoce ha importanza vitale, dacchè si è dimostrato che l''arsenobenzolo ha una azione spiro-

cheticida di primo ordine. Chi ricorda gli antichi dettami di attendere le manifestazioni secondarie per accertare la diagnosi, può misurare quale passo gigantesco è stato fatto!

Gli ultimi lavori di Wassermann tendono a dimostrare che, sorpreso nella sua manifestazione iniziale, il sifilitico può essere completamente sterilizzato della infezione locale con cura conveniente di arsenobenzolo. La sterilizzazione è tanto più difficile quanto più ci si allontana dal periodo iniziale, specialmente se la reazione di Wassermann è divenuta positiva. Alcuni si mostrano convinti che nell'accidente iniziale sia sufficiente a sopprimere l'infezione il solo arsenobenzolo ed attribuiscono al mercurio non un vero potere spirocheticida, ma una azione sui tessuti in virtù della quale essi diverrebbero più adatti a difendersi dallo spirochete. Altri invece, e sono i più, associano sempre all'arsenobenzolo la cura mercuriale, per qualunque via il rimedio sia somministrato; tutti sorvegliano il sifilitico almeno per uno o due anni con l'esame clinico e con la reazione di Wassermann, ripetuta ogni due o tre mesi. Se allo scadere dell'anno o meglio del biennio non si sono avute nè manifestazioni cliniche, nè serologiche, considerano il malato come guarito. Le dosi preferite sono le dosi alte e progressive di arsenobenzolo, sì da giungere ad una cura di 4-5 grammi; essa può essere iniziata senza far precedere cura di mercurio.

La reazione di Wassermann non solo è ausilio diagnostico, ma permette, come uno dei segni più costanti della malattia, di sorvegliare il malato: la clinica spesso nelle localizzazioni sugli organi interni non vede se non il danno irreparabile prodotto in un organo; la siero-reazione, senza indicare dove il danno è, ci dice che una localizzazione attiva esiste o si è ripristinata nell'organismo affetto. Tranne che nei periodi susseguenti alla cura (è risaputo che la reazione di Wassermann può ancora persistere come positiva per mesi fin per un anno), la positività della W. R., è segno di una sifilide ancora attiva; il suo ricomparire è indizio sicuro che una recidiva si è ristabilita. In una malattia, nella paralisi, a malgrado di ogni terapia per quanto intensa, non si riesce a rendere la reazione negativa; nelle altre forme sia pure nelle più inveterate, dopo tempo più o meno lungo la reazione diviene negativa con la cura.

L'arsenobenzolo ed il mercurio sebbene con rapidità differente, sono gli unici rimedi capaci di rendere la reazione negativa. Molti altri rimedi, come lo iodio, che in altri tempi erano ritenuti provvisti di una certa specificità contro manifestazioni tardive della malattia, sono stati riconosciuti inefficaci a modificare la reazione di Wassermann.

Un elemento degno di essere considerato nella cura in generale delle malattie sifilitiche è il risultato delle esperienze a proposito *della resistenza dei protozoi ai rimedi specifici* e all'abitudine che in alcuni stipiti di essi si può costituire. Come Morgerot ha potuto dimostrare per i tripanosomi, è lecito pensare che alcuni stipiti di spirocheti possano per sè essere mercurio o arsenocoresistenti o che possano essere tali divenuti in seguito a somministrazioni irregolari ed epicratiche del rimedio. La clinica ricorda casi rari, ma certamente esistenti, di sifilide resistente al mercurio, anche nelle sue manifestazioni per solito meno tenaci, dimostra malati, che per lo passato hanno risentito grandi vantaggi della cura mercuriale, che più non hanno i medesimi benefici nelle successive recidive. Così per l'arsenico. Ma l'esperienza clinica stessa ha dimostrato che tali manifestazioni da stipiti resistenti possono dileguarsi col sostituire al mercurio lo arsenobenzolo e viceversa; dimostrano pure che manifestazioni, resistenti al mercurio per iniezione, sono migliorate o guarite col mercurio dato per frizioni. Probabilmente la resistenza dei protozoi non solo è specifica per un determinato rimedio, ma forse la sua specificità giunge più lontana, fino alla forma del rimedio, quale esso giunge attraverso alla via per la quale è somministrato, per cui talora è sufficiente mutare la via di somministrazione per mutare forma al rimedio e vincere la resistenza dei parassiti: s'impone quindi la cura mista, ed è preferibile somministrare i rimedi per vie differenti.

Nelle malattie degli organi da sifilide l'opera del medico deve essere oculata, per riuscire utile. Un primo punto è necessario fissare: il medico, il quale si trova dinanzi ad una affezione di un organo di natura sifilitica, non può considerare il malato solo come un sifilitico nel quale non c'è da vincere che una infezione, egli deve considerare tutti i danni che per sè l'organo malato cagiona e, contemporaneamente, talora prima, deve, con i comuni ausili terapeutici, mettere il malato nelle condizioni di sopportare o trarre ogni vantaggio dalla cura specifica. Tale regola è da applicare con oculatezza nelle *affezioni cardiovascolari* di origine sifilitica.

La controindicazione generale stabilita da Erlich nell'uso del salvarsan nelle malattie vascolari sifilitiche, si può limitare allo scompenso cardiaco. Nelle ipositolie gravi, la terapia salvarsanica e mercuriale possono aggiungere danno al danno, specialmente se il rene, a causa della stasi, non trovasi in condizioni anatomiche e funzionali buone. In ogni altra condizione la

cura specifica è indicata e da essa si possono ottenere notevoli vantaggi. In tempo non lontano, nelle aortiti, nelle dilatazioni aneurismatiche dell'aorta, nelle insufficienze delle semilunari, si somministrava joduro di potassio o di sodio a dosi talora enormi, ma si stimava pressochè inutile continuare nelle cure specifiche: si credeva che il danno avvenuto nei vasi fosse irreparabile ed al più qualcuno consigliava le cure specifiche come cure rassicuranti e preventive per ulteriori localizzazioni in altri organi. A poco a poco le idee sono mutate. Quando la Wassermann è sopravvenuta come ausilio diagnostico della lues attiva, molti si sono lasciati guidare dal resultato di esso per continuare o sospendere la terapia specifica ed i vantaggi ottenuti con tale metodo sono stati davvero incoraggianti nei casi nei quali è stata tentata: sopratutto i dolori da periaortite, gli attacchi di asma cardiaco, alcuni accessi di tachicardia, alcuni tipi di aritmia sono scomparsi con la cura antisifilitica. Quando comparve nella terapia l'arsenobenzolo e le idee dei misoneisti furono sommerse dalla evidenza dei fatti i resultati furono anche più incoraggianti. A tal punto che molti tentarono la cura specifica salvarsanica al di fuori di qualunque manifestazione oltre quella vascolare, e anche quando la reazione del sangue dava resultato negativo. Nelle nostre mani tale pratica non sempre ci ha dato resultati apprezzabili, anzi in molti aortici con cardiopatia scompensata nulla siamo riusciti ad ottenere più di quello che la terapia dello scompenso ci ha prodotto. Non abbiamo veduto mai una insufficienza delle valvole scomparire sotto l'influenza della cura specifica, mai un aneurisma arrestarsi nel suo fatale decorso: naturalmente in questa conclusione ci ha aiutato l'esperienza clinica, che dimostra che non in tutti gli aneurismatici non curati è fatale il decorso limitatissimo di due anni, come pare voglia accettare la Schottmüller. Invece con costanza quasi sicura sono scomparsi fenomeni riflessi, dolori, dispnee parossistiche, tachicardie ed alcune aritmie.

Romberg e Schottmüller si mostrano molto più ottimisti.

Romberg (1) anzitutto si mostra seguace della opinione del Weintraud nel preferire il salvarsan al mercurio: con esso i dolori scompaiono, l'angina pectoris non ritorna, lo stato generale spesso scaduto si rialza, il peso del corpo aumenta. L'ammalato, rimessosi piuttosto rapidamente, ricade negli stessi disturbi dopo un anno un anno e mezzo, epperò il Romberg stima opportuna una cura sistematica fino a tre anni, con sei serie di iniezioni. Sebbene d'ordinario l'insufficienza dell'aorta, i segni dell'aortite, le saccoccie aneurismatiche persistano, tuttavia in qualche caso i miglioramenti vanno più in là del prevedibile. « Come bel resultato della cura, scrive il Romberg, voglio ricordare la scomparsa di tutti i sintomi clinici. Una volta ho veduto scomparire rapidamente un rumore di insufficienza dell'aorta con un polso celere. Piccoli e qualche volta medii aneurismi possono restare mercè la cura molto tempo della stessa grandezza ».

Schottmüller (2) è anche più ottimista ed esplicito. « ...Si può dire che i risultati dalla nostra terapia (mista salvarsano-mercuriale) sono buoni nell'aortitis supracoronaria, anche se le manifestazioni erano già molto gravi ed esistevano da lungo tempo. Nell'aortitis coronaria è sempre ancora possibile un miglioramento. Nell'aortitis valvularis o nell'insufficienza dell'aorta dobbiamo distinguere i casi iniziali da quelli inoltrati. I primi danno dei resultati favorevoli *per la guarigione,* al contrario di quanto resultava dalle esperienze con le terapie antiche. Se in molti casi inveterati, tra quelli curati, il resultato è potuto apparire nullo, ciò è dovuto a due ragioni essenziali, sia perchè i malati si sono presentati troppo tardi a richiedere l'opera del medico, sia perchè per altri non si è potuta continuare a lungo e ripetere la terapia specifica. Anche fra gli aneurismi si distinguono due gruppi: i casi all'inizio possono guarire nel senso clinico.

« Anche i grandi aneurismi nei quali la parete è fortemente danneggiata, sono ancora suscettibili di miglioramento, poichè l'esperienza ci ha insegnato che perfino forti dolori oppressivi ed altre manifestazioni obbiettive determinate da compressione su organi vicini, si arrestano spesso con le cure specifiche, *se in tali casi si rinnovino le cure con salvarsan e mercurio per lungo tempo,* oppure si ricominci la terapia ogni volta che i dolori si ripresentano. Così in maniera più evidente che non coll'osservazione diretta si può dedurre la trasformazione specifica che avviene nella parete dell'aneurisma. In tal maniera anche nell'aneurisma con distruzione della parete si può parlare di una guarigione condizionata e quindi di un miglioramento ».

Sia Romberg che Schottmüller vantano tali resultati su malati che hanno potuto essere assoggettati a ripetute cure: Romberg parla di cinque, sei serie di cure di Neosalvarsan, iniziate a dosi piccole (0.15) e portate, con intervallo di una settimana, tra una iniezione e l'al-

(1) ROMBERG. « Munch. Med. Woch. », n. 45, 1918.

(2) SCHOTTMÜLLER. « Mediz. Klinik », n. 7, 1919.

tra, a dosi anche elevate (0.60). Se il Neosalvarsan dà fenomeni vasomotori è bene aggiungere una iniezione di suprarenina di 1/2, di un centimetro cubico.

Schottmüller preferisce sempre una terapia mista di mercurio e di Neosalvarsan così regolata: si somministrano prima 0.45 (0.30 per donne) di Neosalvarsan. Dopo 8 giorni si passa a 60 cgr. di Neosalvarsan e si continua ogni 7 giorni fino alla dose complessiva di 5 fino ad 8 grammi. Negl'intervalli si praticano una due volte la settimana delle iniezioni di mercurio (calomelano oppure salicilato di HG nella dose di 0.05-0.10, oppure delle frizioni con unguento mercuriale. Talora egli dà l'iodio dopo terminata la cura specifica per tre quattro mesi. Ma se la Wassermann persiste positiva, oppure se persistono i sintomi a carico dell'aorta, allora Schottmüller continua la cura specifica ed il paziente riceve ogni 3-4 settimane una iniezione di Neosalvarsan da 0.45-0-60.

Tra le malattie *del tubo digerente* degne di speciale considerazione nei riguardi della cura sono le affezioni epatiche di origine sifilitica.

Nelle manifestazioni precoci della sifilide (ittero, ingrossamento del fegato e della milza) e, tra le manifestazioni tardive, nelle gomme disseminate che simulano il fegato canceroso, la cura salvarsanica o la terapia mista ha ragione rapidamente dell'affezione: si vedono itteri subito scomparire, fegati ingranditi ridursi, gomme dileguarsi nello spazio di un mese o poco più. Dove la terapia non dà effetti apprezzabili, o qualche volta sembra precipitare il decorso, si è nelle malattie diffuse croniche del fegato attribuibili alla lues. Ricordo la forma di fegato grosso e duro con tumore di milza: in esso cure prolungate di arsenobenzolo non dànno clinicamente effetto apprezzabile, in un caso ho veduto, dopo una intensa cura di arsenobenzolo, associata a cura mercuriale, il fegato impiccolirsi rapidamente e divenire irregolare; sopraggiunse l'ascite, a distanza di pochi mesi con il quadro completo della cirrosi (ematemesi per rottura delle vene esofagee). Sempre difficile è pronunciarsi nelle cirrosi su una eventuale natura sifilitica: vi ha chi trova la siero-diagnosi positiva in grandi percentuali; ultimamente il Letulle (1) ha sostenuto che nelle cirrosi si riscontrano in quasi tutti i casi i segni anatomici di una peritonite sifilitica. Senza voler negare la natura sifilitica di qualche cirrosi, certo si è che la reazione di Wassermann nelle nostre mani, non tenendo conto delle deviazioni lievi del complemento, è nella maggioranza dei casi negativa, e negativa si mostra saggiata nel liquido ascitico. La terapia non mostra nessuna efficacia nel decorso delle cirrosi clinicamente manifeste.

Resultati immediati di guarigione si hanno nelle manifestazioni *di affezione di glandule a secrezione interna* (ipertiroidismo); resultati di ordinario buoni nelle affezioni ossee, se queste sono specialmente a tipo periostale. Nelle lesioni più profonde dell'osso a tipo gommoso è necessario insistere e lungamente con cura arsenobenzolica e mista per ottenere dei resultati apprezzabili.

Nelle *malattie renali*, forse come in nessun capitolo legato alla patologia della sifilide, è necessaria la diagnosi esatta di natura per potere ottenere resultati utili ed evitare danni talora considerevoli nei malati. Noi dobbiamo distinguere le *lesioni renali da sifilide*, e *le lesioni renali nei sifilitici*. Tra le prime vanno annoverate le albuminurie della sifilide precoce e le nefrosi sifilitiche; tra le altre le comuni nefriti acute e croniche. Tra questi due gruppi, agli scopi della terapia, bisogna annoverare le nefriti che hanno la loro origine prima nella sifilide ma che agli scopi della cura devono essere considerate come nefriti comuni. Abbiamo visto come nella diagnostica di natura delle affezioni renali le recenti ricerche hanno portato a considerevoli progressi, ma essi non permettono ancora la differenziazione di natura per esempio nelle neffiti a tipo subacuto e cronico.

Nelle albuminurie dello stadio precoce e nelle nefrosi sifilitiche, la cura specifica è doverosa ed essa ha ragione completa della lesione. Conviene usare in questi casi il salvarsan e non il mercurio, poichè è meglio tollerato, ma anche il salvarsan va saggiato con prudenza e progredendo nelle dosi lentamente. Si arriva d'ordinario alle dosi massime senza provocare disturbo alcuno e si giunge alla guarigione completa: anche in casi in cui l'albuminuria (nefrosi) raggiunge percentuali altissime come il 10 fino al 50 per mille la cura porta al completo ripristino della funzione renale. Nelle nefriti subacute e croniche in sifilitici o che hanno la loro prima origine nella sifilide (arterite p. es.), una condizione è necessaria per tentare la terapia specifica: il compenso renale, clinicamente considerato.

Perchè una terapia specifica possa essere iniziata, anche con prudenza, sia essa arsenobenzolica oppure mercuriale, non devono essere segni di uremia e possibilmente non deve resultare ritenzione di azoto (costante di Ambard non elevata). Quando tali condizioni si abbiano, i tentativi sono consigliabili: noi siamo riusciti a vedere sopportare da nefritici con croniche e

(1) LETULLE. « Académie de médecine de Paris », 3 sett. 1918.

cronicissime lesioni dei reni le cure arsenobenzoliche più complete senza danno. Ma nelle affezioni croniche dei reni se si nota un miglioramento deciso dello stato generale, nessun benefizio si ottiene nelle condizioni della funzionalità renale, e i reperti rimangono immutati. Non altrettanto si può dire delle nefriti subacute in cui qualche volta, pur mancando gli elementi per una diagnosi di nefrosi, si hanno resultati insperati con cure adatte e prolungate. È opportuno in generale iniziare il novoarsenobenzolo alla dose di 10-15 cgr., di sorvegliare bene l'ammalato di progredire lentamente con tutti i numeri della serie curativa (0.30-0.45-0.60-0.75-0.90). Ma se il malato è in periodo di scompenso renale, specialmente se esistono segni uremici, è necessario tentare prima di ottenere coi mezzi ordinarî il compenso della funzione e riservarsi, a compenso ottenuto, il tentativo della cura specifica.

La cura *delle affezioni del sistema nervoso* ha sollevato gravi problemi sulle indicazioni e sulla portata dei nostri mezzi di terapia, specialmente in alcune forme. Con l'introduzione della terapia arsenobenzolica furono segnalati inconvenienti gravi, talora mortali.

Alla prima introduzione di arsenobenzolo, specialmente se questa era in piccola dose, succedeva qualche volta paralisi di uno dei nervi cranici (oculo-motori per es.), paralisi che preoccuparono maggiormente quando si vide che nervi di importanza enorme potevano essere colpiti (ottico, acustico, vestibolare). La prima interpretazione fu che il salvarsan mostrasse uno spiccato organotropismo, simile a quanto era stato osservato nell'atoxil, e questo grido d'allarme si diffuse, specialmente tra gli specialisti, che misero il veto alla terapia nuova. Si vide però, specialmente per opera di Ehrlich e dei suoi allievi, che, continuando la cura o iniziandola ad alte dosi, questi lamentati inconvenienti sparivano oppure si presentavano molto raramente.

L'interpretazione allora fu diametralmente opposta: la piccola dose di rimedio agiva uccidendo gran parte degli spirocheti, lasciando relativamente indenni quelli che colpivano i nervi. L'organismo diveniva così povero in sostanze antitossiche e i pochi spirocheti rimasti avevano la possibilità di svolgersi più rapidamente e liberamente sì da danneggiare l'organo nel quale erano installati. Per tale ragione una cura consecutiva, migliorava anzi che peggiorare la deficienza, la cura intensiva non presentava che raramente l'inconveniente lamentato. Sia o non sia esatta la interpretazione data dal fenomeno, il fatto clinico però restava e la constatazione fu confermata dagli osservatori posteriori. Si giunse così alla conclusione che non era opportuno cominciare la terapia con dosi piccole del rimedio, ma bisognava cominciare con dosi piuttosto elevate. Contro tale indirizzo però erano altri inconvenienti non meno gravi e pericolosi. Il novoarsenobenzolo, per quanto a dosi curative, è privo di tossicità, tuttavia manifesta in alcuni particolari individui una singolare tossicità (morte improvvisa con sintomi meningo-encefalitici-emorragici), per cui è prudente, prima di spingersi alle alte dosi, di saggiare la tolleranza individuale. Non basta; negli individui nuovi esso spesso dà fenomeni locali nei luoghi colpiti dallo spirochete, sotto forma di iperemia e di tumefazione da edema (fenomeno di Herxheimer): quando tale reazione immediata insorge in punti pericolosi del sistema nervoso, bulbo per esempio, le conseguenze possono essere dannose. Per tali ragioni le cure massive fin dall'inizio non potevano essere le più adatte per combattere con l'arsenobenzolo le localizzazioni nel sistema nervoso.

Guidati dall'interpretazione degli inconvenienti osservati, i terapisti hanno tentato di evitarli, facendo precedere alla cura arsenobenzolica una breve terapia mercuriale, sì da impedire la reazione di Herxheimer da una parte ed i danni che si manifestano sui nervi cerebrali dall'altra, quando la terapia arsenobenzolica si cominci dalle dosi più piccole del rimedio. La tecnica moderna delle cure dei malati del sistema nervoso è tutta poggiata su questi caposaldi e l'esperienza su essi fondata, è stata feconda delle attese soddisfazioni.

Le conoscenze sulle lesioni precoci del sistema nervoso, dicono sull'importanza che nei riguardi di questo sistema hanno le cure intense razionali del primo periodo. Nelle affezioni meningee asintomatiche, sulla cui importanza per l'avvenire del sifilitico abbiamo richiamato l'attenzione, l'esame del liquor, praticato a più riprese durante la cura, può avere il valore che attualmente attribuiamo alla reazione di Wassermann come mezzo utile per sorvegliare la cura.

Dobbiamo ricordare che nelle affezioni del sistema nervoso la Wassermann del siero può essere negativa, quando ancora positiva si mantiene nel liquor; dobbiamo ricordare che la Wassermann può essere divenuta negativa, quando ancora alterazioni morfologiche e chimiche persistono nel liquor.

L'ideale nella cura della sifilide è quella che raggiunge la sterilizzazioni, prima che il parassita abbia invaso il sistema nervoso; su tale indirizzo è la profilassi delle malattie nervose,

poichè quando lo spirochete ha invaso il tessuto nervoso, in qualche caso, con i nostri metodi di cura, non riusciamo più a distruggerlo.

Se la localizzazione nel sistema nervoso, con o senza sintomi, è avvenuta, la cura deve essere mista, intermittente, prolungata. Plaut, Gennerich ed altri sono per cure intense, seguentisi a brevi intervalli sì da esaurire in pochi mesi 3-5 serie di cure miste. Anzi Gennerich sostiene che se le cure di arsenobenzolo non si possono continuare a lungo, è meglio non darlo affatto e limitarsi a lunghe cure di mercurio.

La terapia arsenobenzolica, per iniezioni endovenose, la mercuriale, per via intramuscolare o per frizioni, risponde bene nelle forme precoci e in alcune delle forme tardive della sifilide del sistema nervoso. Così è inutile insistere sul fatto oramai a tutti noto, dei mirabili resultati che si ottengono nelle affezioni dei nervi periferici delle radici (ad esempio nell'atassia acuta, ecc.), nelle affezioni meningee, meningo-encefalitiche, nelle localizzazioni gommose. Naturalmente in queste ultime, mentre scompaiono rapidamente, per es., i sintomi da tumore (encefalico o spinale), rimangono irrimediabilmente, se l'intervento è stato tardivo, i segni corrispondenti alla cicatrice, che rappresenta la parte irrimediabilmente distrutta della sostanza nervosa.

Quando accanto alle lesioni infiltrative e gommose si accompagnano lesioni endoarteritiche con malacia del tessuto nervoso, il resultato della terapia specifica non è naturalmente così confortante; la cura anzi spesso nelle lesioni specifiche, specialmente del midollo, può rappresentare o acquistare un valore diagnostico, poichè rimane immutato il deficit dovuto alla trombosi e alla malacia.

Nelle sifilidi tardive in generale del sistema nervoso la cura intensa e prolungata, col controllo del siero del liquor, è oramai da tutti consigliata. Plaut, per es., per quanto riconosca i danni e le deficienze degli schemi in terapia, offre un piano generale di cura delle sifilidi tardive del sistema nervoso: per 5 settimane cura di frizioni con pomata mercuriale (frizioni da 4-5 gr. ciascuna); poi 6 iniezioni di neosalvarsan (la prima di 0.30, la seconda di 0.60, poi ancora 4 da 0.90 ciascuna(. Quando non si vogliano oltrepassare le dosi di 0.60, si potrà ripetere questa dose per sei volte così da somministrare in definitiva 4-5 gr. di neosalvarsan, (da notare che Plaut parla di salvarsan di sodio). Finito questo periodo di cura si può somministrare lo iodio. Quattro settimane dopo l'ultima iniezione di arsenobenzolo si rinnova la puntura lombare. Qualunque sia il reperto del liquor e della Wassermann, bisogna fare un'altra cura almeno come la prima. Se però il liquor si mantiene ancora patologico, bisogna rinnovare ancora il ciclo di cura e poi sospendere per un anno, dopo il quale si rinnoverà la cura guidati dal criterio clinico e di laboratorio.

Se con questo genere di terapia si ottiene un benefizio sempre evidente e clinicamente e sierologicamente, nelle sifilidi nervose tardive, nella tabe e nella paralisi progressiva, non si può affermare altrettanto. Clinicamente nella tabe e serologicamente e clinicamente nella paralisi progressiva la terapia ordinaria dà resultato negativo. Sono gli spirocheti della paralisi e della tabe differenti dagli altri spirocheti? Non pare dal resultato già accennato delle ultime ricerche. Sono, nelle condizioni in cui gli spirocheti si trovano nel tessuto nervoso, non più aggredibili coi mezzi nostri terapeutici? È probabile, ma neanche questa ipotesi soddisfa alla nostra cognizione e spiega quanto gli ultimi tentativi hanno messo in luce.

Intanto si può affermare che il mercurio nella paralisi progressiva vera non dà resultato alcuno, anzi qualche volta danneggia i malati; i neuropatologi oramai si servono della cura specifica, per differenziare la paralisi dalla sifilide cerebrale, che ne simula la figura clinica.

Qualcuno cita delle tregue nel decorso della malattia come efficace effetto ottenuto con la cura, ma tutti sanno che per sè la malattia offre nel suo decorso tregue anche prolungate da far pensare a diagnosi errate o a guarigioni. Il salvarsan non determina danni nell'organismo del paralitico, ma nessun effetto si ottiene clinicamente apprezzabile; posso ricordare che, dopo tentativi numerosi e generosi, tutti i paralitici da me curati sono finiti al manicomio, che quasi sempre dopo la cura e nel sangue e nel liquor la W. R. si è mantenuta positiva.

Ma non solo sono fallite le speranze riposte nella cura del Salvarsan per via endovenosa, ma anche quelle preconizzate dell'introduzione dell'arsenobenzolo nel cavo rachideo sia mescolato al liquor ,sia al siero del malato stesso (siero salvarsanato). Il concetto che ha guidato questo tentativo è stato la supposizione che il rimedio per via endovenosa non potesse raggiungere il parassita, mentre lo avrebbe potuto, direttamente portato nel cavo rachideo. Ma è tutt'altro dimostrato che il salvarsan non arrivi, inoculato per la via delle vene, nel parenchima nervoso; ad ogni modo tale tentativo è restato senza utili resultati. Anche l'introduzione del salvarsan per via cerebrale sotto la dura non ha avuto miglior fortuna.

Non sono mancati in questi ultimi anni i tentativi di provocare nell'organismo malato di pa-

ralisi progressiva, affezioni acute febbrili o con sostanze tossiche come la tubercolina o con estratti bacterici, o con sostanze chimiche, che hanno la particolare proprietà di provocare la leucocitosi come l'acido nucleinico. Il Plaut non ha avuto nessun incoraggiamento a continuare dopo prove ripetute con le più svariate sostanze, tutte fallite.

Nella tabe le discussioni sull'effetto delle cure specifiche sono state e sono ancora innumerevoli. Tutti si accordano, per esempio, a riportare frequenti buoni resultati sui fenomeni dolorosi della tabe; noi stessi abbiamo visto dolori intercostali ad es., qualche volta dolori lancinanti ed osteocopi sparire rapidamente sotto l'azione dell'arsenobenzolo, e ne abbiamo dato l'interpretazione più probabile, che cioè essi fossero l'esponente di fenomeni floridi da sifilide, che si associavano al processo tabetico e di cui la cura specifica aveva facilmente ragione. Ma sui sintomi veri della tabe la cura salvarsanica per lo più resta senza apprezzabile resultato clinico. Qualcuno cita di riflessi, di fenomeni pupillari modificatisi dopo la terapia intensa, ma i più convengono che il tabetico è facilmente diagnosticabile come tale, anche dopo la cura perchè i fenomeni cardinali rimangono immutati. Naturalmente con una certa riserva bisogna accettare i rapporti di coloro i quali citano il miglioramento nei fenomeni atassici a causa della cura; è noto che il tabetico si rieduca nel cammino con una certa rapidità e facilità.

Ma un punto fondamentale è ancora controverso: se pure i tabetici non guariscono, con la cura specifica salvarsanica, si arresta con essa il decorso della malattia? Un fatto generale si può citare: dacchè l'etiologia della malattia è nota e sicura nella coscienza di ogni medico, dacchè la cura specifica si usa largamente, i tabetici si vedono ancora con una certa frequenza, ma i gravi atassici, le forme conclamate di tabe, che si incontravano numerose nelle corsie d'ospedale, e che si vedevano non raramente trascinarsi per le strade, divengono sempre più rare. I casi invece di tabe lentissima o anche di tabe che si arresta in uno stadio precoce della malattia, sono di osservazione corrente. Nella nostra esperienza abbiamo potuto seguire attentamente e per lunghi anni (5-7 anni) qualche caso di tabe, lugamente curato con numerose serie di salvarsan, che, pur essendo ancora facilmente diagnosticabile, si può considerare arrestato nel suo decorso. Il resultato non sarebbe di poco conto, pensando che questi soggetti ancora per lunghi anni sono capaci di lavoro, se pure ridotto.

La terapia salvarsanica segue le regole indicate: si inizia con dosi non elevate (20-30 cgr.) e si arriva alle dosi più alte (90 cgr). Si possono praticare da due a tre serie di cure all'anno, si deve continuare la cura per 3-4 anni. Nè la Wassermann, nè l'esame del liquor sono indizi sufficienti. A differenza della paralisi progressiva, nella tabe la reazione di Wassermann diviene negativa nel siero di sangue e il liquor diviene normale, tuttavia la cura deve continuare e a lungo. Con il Salvarsan lo stato generale dei malati, come in tutte le forme di sifilide, migliora notevolmente, mentre col mercurio esso ne risente in maniera talora impressionante; dacchè il salvarsan è entrato nella terapia anche i più ostinati si sono ridotti a limitare la cura al solo arsenobenzolo.

Quanto cammino in pochi anni e non solo nel campo della scienza pura, ma della pratica direttamente utile al malato; l'avvenire ci riserba certamente altre felici innovazioni nel campo degli studi sulla sifilide. Noi abbiamo accennato ad alcuni dei problemi più direttamente utili che attendono ancora una adeguata risoluzione: il cammino è difficile ma aperto e fecondo per gli studiosi.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sul trattamento medico delle affezioni della cistifellea.

(S. WEISS. *New York med. Journ.*, 2 agosto 1919).

Vi sono pochi problemi terapeutici, che lasciano tante incertezze, quanto quelli che riguardano le condizioni patologiche della cistifellea e dei dotti biliari. Molti chirurghi le considerano di loro esclusiva pertinenza; bisogna invece tener presente che vi sono pazienti che non si possono sottomettere ad operazioni chirurgiche, sia per insufficienza cardio-renale, sia per affezioni intercorrenti, sia per altre ragioni.

Secondo le statistiche di Darrington, con la colecistotomia si guarisce il 50 % dei pazienti, se ne migliora il 40 %, mentre il 10 % non ha nessun miglioramento. Va notato che i così detti *migliorati* sono ben lungi dallo stato di benessere.

Sintomi. — I calcoli biliari producono sintomi da irritazione, da ostruzione, da migrazione. Il dolore (sia spontaneo, sia provocato da pressione), appartiene ad uno dei sintomi più importanti e costanti di colelitiasi. Esso è general-

mente limitato alla regione cistica, ma talvolta si irradia all'epigastrio, regione sottoscapolare, collo, spalle, braccia. Uno dei segni più caratteristici dell'ipersensibilità della cistifellea è la impossibilità per il paziente di fare un'inspirazione profonda mentre le dita del medico sono curvate ad uncino, sotto l'arco costale destro.

Quanto all'itterizia, si ritiene da qualcuno, che non vi sia malattia della cistifellea senza di essa, ciò che non è conforme a verità; inquantochè p. e. un calcolo può rimanere a lungo nella cistifellea o nel dotto cistico, senza provocare alcun fenomeno d'itterizia.

Diagnosi. — Facile negli attacchi tipici di colica epatica, non lo è altrettanto nei casi attenuati di colelitiasi, in cui spesso gli unici disturbi consistono in gastralgie o disturbi dispeptici, che resistono ai soliti trattamenti delle affezioni gastriche. Gli individui, così affetti, si lagnano di attacchi di indigestione, che si verificano 3/4 d'ora-1 ora dopo il pasto, con flatulenza ed intolleranza per certi cibi, come le mele, i formaggi forti, i dolci; anche le uova sono mal tollerate da tali individui, poichè esse aumentano il contenuto in colesterina del sangue ed aumentano la tendenza alla produzione dei calcoli, tendenza che va combattuta, diminuendo l'ingestione di grassi, specialmente se vi è anche nefrite cronica, gotta e nelle gravide.

Si trovano spesso in questi pazienti, attacchi moderati di vomito e di eruttazioni, che producono sollievo al paziente, sensazione di peso o di dolore al fianco destro, attacchi di brivido. Un altro sintomo importante è l'impossibilità di respirare profondamente perchè in seguito alla contrazione del diaframma si determina un dolore sul fegato, ed una sensazione penosa sul frenico, ciò che arresta la respirazione.

In presenza di questi disturbi varii, il pratico resta di solito imbarazzato, perchè il loro significato non è abbastanza definito da condurre ad una diagnosi precisa.

Spesso però l'esitazione non dura a lungo, e specialmente la gastralgia o l'epigastralgia manifestano la loro origine, e sono seguìte da una colica epatica tipica, ed eventualmente da colecistite e da altre complicazioni.

La ricerca dei punti dolorosi ha importanza solo se è fatta sistematicamente. Importante è quello che si nota alla pressione profonda a destra della colonna vertebrale, in una piccola area fra la 7ª e l'11ª costola; esso non va confuso col dolore provocato dalla pressione superficiale e dovuto ad iperestesia cutanea. Va sempre confrontato con l'area corrispondente del lato sinistro; ed ha valore diagnostico se il reperto è costante. Altri punti dolorosi si possono avere lungo la linea scapolare, ascellare, mediana posteriore. Secondo Boas e Friedman, questi punti dolorosi sarebbero patognomonici di aderenze pericolecistiche con o senza colelitiasi.

Molti errori diagnostici potranno evitarsi tenendo in mente che spesso la dispepsia delle gravide è dovuta a calcoli biliari, ricorrendo altresì alla radiografia, che, interpretata da esperti radiologi, potrà far scoprire i calcoli nel 50-85 % dei casi.

I punti importanti per la diagnosi sono: 1° anamnesi esatta, specialmente per quanto riguarda attacchi precedenti; 2° localizzazione del dolore e della sensibilità alla pressione e delle loro irradiazioni; 3° esame fisico, specialmente ispezione e palpazione dell'addome e della regione cistica; 4° esclusione delle condizioni che possono simulare la calcolosi biliare, cioè la colica saturnina, la renale, l'ulcera duodenale, l'appendicite cronica, il rene mobile, le infezioni dell'apparato genitale. Spesso la colecistite è diagnosticata come appendicite e viceversa: calcolosi ed appendicite si osservano frequentemente nello stesso individuo.

Una esatta diagnosi condiziona il:

TRATTAMENTO.

Nello stadio acuto, è necessario rivolgere l'attenzione sopratutto al fenomeno doloroso. Gli anodini e le applicazioni calde (bagni, bevande calde, anche se vengono poi vomitate) producono rilasciamento delle parti e facilitano il passaggio dei calcoli. I suppositorî con belladonna (6 centigrammi) oppure l'atropina per bocca (2 decimilligrammi) seguìta da 15 goccie di adrenalina a 1/1000, eventualmente ripetendo quest'ultima, calmeranno il dolore, spesso senza ricorrere alla morfina.

Trattamento specifico. — Può farsi soltanto in presenza di eziologia specifica, quando sia stato isolato un determinato germe dalla bile: può darsi che lo stesso germe si isoli altresì da altri focolai (naso, gola, urina, ecc.): in tal caso, è consigliabile un polivaccino, preparato con tutti i diversi stipiti. Si preferirà, di solito iniettare piccole dosi per evitare forti reazioni, che però, in qualche caso, potrebbero essere utili.

Trattamento sintomatico. — In caso di costipazione, si faranno clisteri con 1/2 cucchiaio da tè di trementina in una quantità d'acqua non superiore a litri 1,200. Al mattino, alzandosi, il paziente berrà un buon quarto di litro di acqua calda; durante il giorno dovrà altresì bere abbondantemente acqua fresca. Se vi è costipazione si darà del solfato e fosfato di sodio, in acqua calda: per le sensazioni penose allo stomaco e la

flatulenza, si prescriveranno carminativi ed antifermentativi.

L'A. usa altresì prescrivere capsule contenenti glicocolato di sodio, salicilato di sodio e taurocolato di sodio, rimedî che egli ha trovato superiori ad ogni altro.

Trattamento dietetico. — Si deve insistere per una dieta povera in colesterina, escludendo il tuorlo d'uovo, i piselli, le carni grasse, le fritture, concedendo poche albumine e pochi grassi. Si consiglieranno idrati di carbonio, frutta e poca quantità di carni leggiere, in pasti piccoli e frequenti.

Trattamento locale. — Sono assai utili le applicazioni calde all'epigastrio od alla regione epatica, eventualmente anche le correnti ad alta frequenza.

Spesso si sono ottenuti miglioramenti con la lavatura transduodenale, mediante la sonda duodenale, specialmente in casi infetti con duodenite e colecistite.

Sebbene non si escludano i vantaggi che possono talora ottenersi con l'intervento chirurgico, che talora può essere necessario, il trattamento indicato potrà spesso portare decisi miglioramenti ed anche la guarigione.

A. FILIPPINI.

MEDICINA LEGALE.

Progetto di raggruppamento delle neurosi di guerra e da infortunio dal punto di vista medico-legale.

(E. KRETSCHMER. *Münch. Med. Wochenschrift*, n. 29, 1919).

Il giudizio medico sull'isterismo sociale si fonda sulla valutazione dei due fattori: volontà e riflesso, e comprende perciò tutto in queste due domande:

I) Nella genesi delle manifestazioni che attualmente il paziente presenta, ha parte preponderante l'atto volitivo oppure il meccanismo riflesso?

II) Nella prima ipotesi, l'atto volitivo determinante parte da un cervello responsabile o da un cervello malato?

Le risposte a ciascuna di queste due domande divideranno dal lato medico-legale il campo dell'isterismo in tre gruppi:

I Gruppo. I pazienti sono veramente ammalati. L'ente alle cui dipendenze il paziente si ammalò è obbligato al risarcimento.

II Gruppo. L'ente non è obbligato ad alcun risarcimento. Il paziente è però bisognoso di cure mediche.

III Gruppo. I pazienti sono punibili per legge.

Prendendo ora in considerazione la I domanda suesposta:

Il I gruppo comprende l'isterismo riflesso, cioè quei quadri morbosi, i quali sono dominati da un processo nervoso automatico, e nei quali la volontà del malato non ha che parte minima. L'isterismo riflesso, che ha per carattere principale la sintomatologia precisa e la definibilità neurologica chiara, deve rispondere alle seguenti condizioni; deve essere:

1) persistente (durare anche nello stato di riposo e nel sonno);
2) ritmico (in caso di tremori e tics);
3) indipendente dall'attenzione del paziente;
4) indipendente dalla contemporanea azione di gruppi muscolari non colpiti (in caso di spasmi, tics, ecc.);
5) indipendente da ogni accompagnamento affettivo o mimico;
6) non deve essere con facilità imitabile.

Le singole forme dell'isterismo riflesso sono:

1) paralisi flaccida completa;
2) deviazioni d'innervazione (quanto più il paziente si sforza di innervare un gruppo muscolare organicamente indebolito, tanto più innerva invece i muscoli antagonisti o dei gruppi muscolari vicini);
3) il tremore (questi pazienti hanno però diritto all'indennizzo solo se il tremore, interessando gruppi muscolari importanti, renda loro difficile od impossibile il lavoro).

Il II gruppo comprende l'abitudine isterica, e gli strascichi dell'isterismo riflesso.

Abitudini isteriche sono quegli stati, i quali si sono originati da processi volitivi, per graduale assuefazione. L'assuefazione avviene per la legge biologica, che delle funzioni spesso esercitate si rendono sempre più facili. Il quadro sintomatico è dominato dalla volontà, l'automatismo non ha che la parte secondaria. Si dividono in:

1) disturbi nel portamento e nella deambulazione;
2) debolezza muscolare abulica (il paziente si è abituato ad un'inerzia volitiva);
3) dolori isterici (cefalea, « reumatismo », « pseudoischias », ecc.).

Gli strascichi dell'isterismo riflesso si distinguono da quest'ultimo, perchè nel loro determinismo non non ha più parte preponderante il meccanismo riflesso, ma sono dovuti al disinteresse del malato di guarire. Comprendono specialmente le ipercinesie.

Il III gruppo comprende l'esagerazione, la simulazione e la « neurosi con coscienza di scopo » (strascichi d'isterismo riflesso, in cui il malato non

più si disinteressa alla guarigione, ma vuole non guarire).

***

Prendendo ora in considerazione la seconda domanda esposta al principio, cioè i casi nei quali è ammalata la volontà:

Il I gruppo comprende l'ipobulia grave, gli stati autoipnotici e l'obbiettivazione.

I processi volitivi ipobulici comprendono il negativismo, la catalessia, la stereotipia, gli stati stuporosi e catatonoidi.

I meccanismi ipobulici vengono eccitati, non però guidati da uno scopo prefisso; i malati perciò, pure tendendo ad uno scopo, agiscono in modo irrazionale. Gli isterici ipobulici si riconoscono:

1) allo stimolo verso il lavoro (l'isterico che può accudire al suo lavoro abituale, non ha di solito la volontà ammalata);

2) allo stimolo verso il divertimento (si possono p. e. provare inesistenti dei dolori isterici);

3) agli istinti normali di portamento e di locomozione.

È però necessaria una osservazione di parecchi mesi.

Gli stati autoipnotici si riconoscono:

1) dal tentativo di correzione: relegamento in cella separata, docce fredde, iniezioni di etere, riposo a letto. Tutti gli stati crepuscolari, accessi e stati d'eccitazione, i quali cedono al tentativo di correzione, sono superficiali ed accessibili alla volontà del malato, che non ha perciò diritto ad indennizzo. Tali casi costituiscono la maggioranza;

2) dallo stato psichico negli intervalli. I pazienti i quali negli intervalli sono psichicamente normali, non hanno diritto ad indennizzo. Si devono invece considerare patologici quei casi, nei quali anche negli intervalli il malato è depresso, ansioso, ipersensibile ai rumori, asocievole. Fra questi malati si osservano con frequenza individui, i quali in giovane età sono stati esposti a gravi impressioni psichiche ed a strapazzi (guerra);

3) dalla profondità, durata e frequenza di tali stati. Disturbi episodici frequenti e lunghi sono da prendersi in più seria considerazione che il singolo accesso isterico. Accessi isterici, durante i quali il paziente reagisce con movimenti di difesa o con gesticolazione aumentata alle punture d'ago, chiamate, ecc., sono superficiali; tali pazienti non hanno diritto all' indennizzo. Ciò vale anche per gli accessi che si possono far cessare mediante impressioni di freddo.

Nell'obbiettivazione, il quadro sintomatico nella genesi del quale aveva originariamente avuto gran parte la volontà e la collaborazione dell'isterico, è diventato per la coscienza di esso un complesso reale; egli è ora persuaso di essere realmente ammalato. Appartengono a questa categoria la depressione ipocondriaca dell'antico traumatizzato e la neurosi rivendicatoria.

Appartengono al II gruppo:

1) L'ipobulia condizionata. Le reazioni ipobuliche ed autoipnotiche avvengono solo in condizioni affettive e situazioni speciali (ira, visita medica, ecc.). A tale categoria appartengono:

l'accesso isterico banale;

gli stati d'eccitazione dei criminali, infantilici, ecc.;

gli stati in cui domina l'ipobulia, perchè il malato è disinteressato alla propria guarigione, tendendo egli col prolungamento del suo stato ad uno scopo determinato (a questo tipo appartiene la maggioranza degli isterici sociali).

2) L'obbiettivazione condizionata (simulatori isterici; tipi infantilici; isterici d'occasione).

Al III gruppo appartengono:

1) gli stati dominati dalla volontà che vuole raggiungere uno scopo determinato (indennizzo). È di questo tipo la pseudodemenza nel suo stadio iniziale;

2) gli inganni coscienti (indicazioni menzognere sull'anamnesi, capacità al lavoro, ecc.).

L'A. è dell'opinione che l'indennizzo da concedersi agli isterici non debba superare il 25 %-30 %. Fanno però eccezione i gravi isterismi da esaurimento e da emozioni negli individui giovani, di cui si è parlato, ed alcune reazioni isteriche in individui gravemente psicopatici ed imbecilli.

POLLITZER.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cura locale della pustola maligna con la polvere di sublimato corrosivo

per il dott. CARLO MARIO PERTUSIO.

Nel trattamento della pustola maligna si dovrebbe usare un siero anticarbonchioso; ma la pustola deve essere anche trattata localmente.

Spesse volte il medico, specialmente il medico condotto, non è in grado di avere presto il siero e allora si deve più che mai rivolgere alla cura locale con la distruzione della pustola.

Cosicchè è cosa molto importante che la distruzione sia ben fatta.

Secondo l'opinione di molti professori, tra i quali un italiano, il prof. Carlo Savini di New York, qualsiasi metodo che richieda l'incisione

o l'escisione della pustola è molto pericoloso, perchè apre nuove vie all'infezione.

Il prof. Savini adopera un mezzo molto semplice il quale per molti anni, come ho potuto rilevare dalle sue statistiche, ha dato dei risultati molto soddisfacenti senza l'uso di qualsiasi siero. Questo metodo consiste nell'applicare direttamente della polvere di sublimato corrosivo sulla pustola senza ricorrere ad alcuna incisione od escisione o causticazione col termocauterio di Paquelin.

Si prenda un pezzo quadrato di sparadrappo adesivo (diachilon), si faccia nel bel mezzo una apertura circolare tanto grande come il diametro all'incirca della pustola. Lo si applichi sulla pustola in modo che il focolaio della pustola rimanga allo scoperto; vi si applichi sopra della polvere di sublimato corrosivo e in tale quantità, piuttosto abbondante, da coprirla completamente; i dintorni della pelle sana saranno protetti dallo sparadrappo. Indi si prenda un altro pezzo di diachilon della stessa grandezza del primo e lo si applichi intatto sopra a quello a cui è stata fatta l'apertura nel mezzo, tanto da ricoprire ogni cosa e proteggere indi la regione affetta con una semplice fasciatura.

Dopo 24 ore si tolgano i due pezzi di sparadrappo, e si pulisca bene la pustola da ogni residuo di polvere di sublimato. Si noterà che la superficie della pustola sarà tramutata in una escara nera e l'edema circostante sarà interamente scomparso e le condizioni generali del paziente saranno migliorate, e non rimarrà dell'infezione generale altro che una lesione locale la quale dopo tutto non è tanto dolorosa. E questa lesione locale sarà medicata asetticamente. Qualche volta sarà anche giovevole di applicare sull'escara un po' d'unguento all'ossido di zinco. L'escara si staccherà a bordi netti nello spazio di dieci giorni e l'ulcerazione che rimane generalmente guarisce in due o tre settimane.

Il prof. Savini mi riferisce che egli usa questo metodo da molti anni: anzi fin da quando era un semplice medico condotto in un alpestre paesello situato sulle montagne dell'Umbria verde, dove molto frequentemente aveva a trattare casi di pustola maligna in causa del mestiere degli abitanti che la maggior parte erano pastori. Quasi tutti i suoi pazienti curati con questo metodo guarirono, e i pochi casi di morte verificatisi erano dovuti al fatto che gli ammalati avevano chiamato il medico troppo tardi ed erano già in preda al coma per setticoemia generale.

Questo metodo di cura si potrebbe denominare popolare sulle montagne dell'Umbria, perchè il pastore non aspetta di consultare il medico, ma quando è colpito dalla pustola maligna applica questo rimedio esso stesso.

In causa della necessità della loro vita randagia sui monti i pastori dell'Umbria hanno imparato a riconoscere la temuta malattia fin dal suo inizio, e nel loro bagaglio portano sempre in un piccolo corno una buona quantità di sublimato in polvere, che adoperano prontamente in caso di necessità.

Tra i tanti casi di pustola maligna curati e guariti con la polvere di sublimato mi limiterò a citare un solo caso verificatosi nel porto di New York nella persona di un caricante di pelli sul transatlantico « Canopic » sul quale lo scrivente funziona da direttore sanitario.

Presentava sulla regione del collo una pustola abbastanza larga e l'edema si estendeva al braccio sinistro, fino alla parte anteriore del torace e anche alla parte sinistra della faccia. Le condizioni generali del paziente erano piuttosto gravi. Applicai la polvere di sublimato col metodo sopra descritto e il giorno susseguente lo ammalato aveva migliorato e nello spazio di circa due settimane era guarito.

Contro l'uso di questo rimedio si potrebbero fare tre obbiezioni: 1° che il dolore provocato dall'applicazione della polvere di sublimato corrosivo potrebbe essere troppo forte ed insopportabile; 2° che la cicatrice potrebbe essere troppo deformante; 3° che vi potrebbe essere pericolo di avvelenamento da mercurio assorbito dalla piaga.

Nella pratica però non si deve temere alcuna di queste sfavorevoli complicanze. Basandosi suldel mercurio. Sembra invece che il sublimato, si può affermare che il forte dolore dura non più di 24 ore. Che la cicatrice che ne risulta non è molto deformante. Che non si è mai constatato un caso di avvelenamento per l'assorbimento del mercurio. Sembra invece che il sublimato agendo sopra i tessuti, produca la coagulazione del protoplasma delle cellule e perciò impedisca l'assorbimento del veleno.

Genova, ottobre 1919.

CONGRESSI.

XXV Congresso di Medicina interna – Trieste.

Seguito della III giornata.

Presiede il prof. V. ASCOLI.

Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della malaria.

Relazione del prof. T. PONTANO.

La guerra ha segnato un risveglio potente dell'infezione malarica. Mentre prima sembrava che in Europa fosse prossima l'estinzione della malattia, le necessità belliche hanno costretto grandi masse di uomini a vivere in regioni estremamente malarigene e l'infezione ha dilagato dovunque.

Di quanto si è pubblicato in questi ultimi cinque anni sulla malaria, molto v'è di scarso valore; ma in compenso sono state fatte osservazioni non poco interessanti, come quella sulla malaria latente, sulla provocazione della malaria, sui mezzi ausiliari della terapia.

L'O. fa un breve accenno ai vari problemi.

1º Pluralità delle specie del parassita malarico. Negli ultimi cinque anni è risorta la questione della unicità e della pluralità dei parassiti malarici. In favore dell'unicità dei parassiti si portano i seguenti argomenti; *a*) in tutti i paesi palustri, si trova l'ematozoario nelle sue diverse forme; *b*) le febbri palustri cambiano sovente di tipo nello stesso ammalato.

I sostenitori delle tre varietà di parassiti, portano i seguenti fatti: *a*) differenze morfologiche costanti nelle forme asessuate e sessuate delle varie specie del parassita; *b*) un ciclo che si svolge nell'uomo con periodo determinato per ciascuna specie; *c*) la riproduzione sperimentale delle medesime forme cliniche e dello stesso reperto parassitario nelle infezioni sperimentali, istituite sia con inoculazioni di sangue malarico, sia con la trasmissione per mezzo della zanzara, anche quando la zanzara infetta è trasportata in condizioni di luogo molto differenti.

Però noi possediamo tre ordini di fatto che tagliano corto alle discussioni: 1) l'infezione sperimentale attraverso la zanzara determina una forma morbosa e una vita parassitaria uguale a quella esistente nel soggetto dal quale la zanzara era stata infettata; 2) le iniezioni di sangue malarico dimostrano che il soggetto inoculato non modifica il ciclo di vita del parassita nè la sua morfologia; 3) la produzione di forme sessuate differenti per le differenti specie di ematozoari (esistono specie differenti di parassiti malarici non reversibili).

Gli unicisti ritengono sia argomento a sostegno della loro tesi, i cambiamenti di tipo della malattia, che si possono verificare nello stesso soggetto senza nuove infezioni. Ma questo trova spiegazione nel fatto che uno stesso individuo può essere inoculato da più zanzare infettate da parassiti di diverse specie.

Anche la diffusione dell'ematozoario in tutti i paesi palustri nelle sue diverse specie, trova facile spiegazione nelle numerose migrazioni dei malarici e degli anofeli infetti.

L'andamento epidemico col predominio di una specie o dell'altra, è dovuto alle condizioni d'ambiente e di clima, le quali favoriscono lo sviluppo di una delle forme.

A tutte le obbiezioni degli unicisti si può dunque dare spiegazione sufficiente basandosi sulle comuni conoscenze sull'infezione malarica e l'ipotesi dell'unicità del parassita malarico con varietà reversibili, deve essere rifiutata.

2º La teoria zanzaro-malarica ha trovato conferma nella epidemiologia della malaria. In essa hanno trovato spiegazione i focolai autoctoni di malaria verificatisi nelle varie nazioni.

L'unico ospite intermedio finora noto è l'anopheles, di cui le specie conosciute si sono moltiplicate.

Un altro lavoro recente ha dimostrato che nell'inverno le zanzare non sono infette; solo nell'uomo si possono trovare parassiti, quindi resta assodato che l'uomo malarico è il solo portatore invernale del parassita.

3º Osservazioni cliniche rigorose, constatazioni microscopiche, fatti epidemiologici, provano che in zone malariche oltre ai malati, oltre ai curati in periodo di latenza, esistono soggetti che ospitano parassiti malarici i quali, in determinate occasioni, possono divenire dei malati con tutte le manifestazioni di una malattia primitiva. Questi individui sono stati chiamati portatori sani di parassiti malarici da alcuni, altri ha pensato che si tratti di una lunga incubazione della malattia, altri infine ha pensato che si tratti sempre di periodi di latenza in malarici con malaria larvata, i quali dopo i primi disturbi non riconosciuti, attraversano un lungo periodo in cui la malattia dorme, salvo a risvegliarsi nell'occasione buona, che in generale si presenta nella stagione favorevole alle recidive.

Per decidere questa questione dobbiamo tener presente i seguenti fatti:

a) Nella malaria noi abbiamo l'esponente della malattia nel tumore di milza. Ora in questi soggetti la milza essendo già ingrandita fin dalla prima manifestazione apparentemente primitiva, siamo autorizzati a pensare che la malattia esisteva da tempo, se pur larvata, come processo patologico;

b) Recenti malarici si comportano come i

malarici in periodo di latenza: l'accesso febbrile può insorgere per una delle note occasioni provocatrici, d'ordinario nella stagione propizia alle recidive preepidemiche; come nei malarici in periodo di lunga latenza i danni dell'infezione sono subdoli e lentissimi. Se ne differenzia solo perchè è mancata l'espressione clinica primitiva dell'infezione. Sono dunque dei falsi primitivi, sono dei malarici latenti nei quali *la latenza si presenta primitivamente.*

Le ragioni di questa latenza primitiva ci sfuggono e l'esame dei fattori più importanti chiamati in causa non ci dà la chiave esplicativa del fenomeno.

4º Malarie con caratteri speciali descritte durante la guerra (es. la cosidetta malaria macedone) in nulla si differenziano dalla malaria comune.

Alla malaria sono state attribuite sindromi morbose che si devono considerare come associazioni e non come determinate dal parassita malarico.

Si è insistito molto sulla forma itterica e dissenterica della malaria macedone. Non v'è dubbio che la malaria nella sua forma maligna può determinare sindromi itteriche e dissenteriformi, ma bisogna ricordare che nei periodi in cui furono constatate queste forme esisteva un'epidemia di ittero infettivo; e che Falconer e Henderson esaminando molti malarici dissenterici a Salonicco hanno quasi sempre trovato germi della dissenteria o anche amebe patogene. Molte riserve si devono pure fare per le sindromi scorbutiche, orchitiche e appendicitiche e in generale si deve pensare che il polimorfismo su cui qualche autore richiama l'attenzione non è giustificato da fatti rigorosamente osservati.

5º Il problema della recidività.

La serie degli accessi febbrili, nei malarici non curati si arresta per il naturale esaurirsi delle forme asessuate dell'ematozoario, le quali con la divisione non si rinnovano e sono destinate a morire. La ragione dell'esaurirsi della serie degli accessi febbrili nel malarico è stata cercata da molti in un'immunità parziale della malaria, che dovrebbe essere sostenuta — secondo alcuni — da emolisine specifiche, secondo altri da un esaltarsi del potere di fagocitosi dell'organismo. Ma le ricerche sulle emolisine hanno avuto risultati incerti e negativi. La ricerca di elementi fissatori del complemento sarebbe riuscita positiva recentissimamente, ma non si può dare alla deviazione del complemento un valore di indice immunitario.

Della fagocitosi sebbene molti pensino che riassuma la parte più importante della difesa dell'organismo contro la malaria, conviene ricordare che dagli studi fatti emerge che la fagocitosi negli accessi malarici, si verifica piuttosto per le sostanze inerti o cellule che hanno perduto il loro potere vitale; quindi i fagociti sarebbero piuttosto dei necrofori, che dei combattenti.

D'altra parte se un'immunità per la malaria esistesse nel senso in cui si suole intenderla per le altre malattie, non ci si spiegherebbe perchè ceda per le cause più svariate, perchè il malarico è altrettanto recettivo quanto il sano a nuove inoculazioni di parassiti.

Certamente processi difensivi contro i parassiti nell'organismo umano si producono (basta ricordare che il malarico cronico non diviene mai pernicioso), ma l'immunità ha una parte poco importante nel darci ragione dell'andamento generale della malattia, ragione che si deve cercare nell'analisi della vita del parassita. A che sono dovute le recidive e il rinnovarsi delle specie febbrigene nei malarici?

Le ipotesi di stipiti parassitari più resistenti o di specie sconosciuta datate di un ciclo speciale, sono senza base alcuna.

L'idea di Grassi e Canalis, che le recidive sieno date dalla partenogenesi dei gameti, ha trovato una dimostrazione negli studi dello Schaudinn che potette sorprendere i gameti in fase mitosica. Anche l'O. recentemente è riuscito due volte a vedere delle forme di gameti di terzana benigna, in sicura fase di sporulazione.

La partenogenesi dei gameti è così dimostrata. Noi sappiamo che l'esame del sangue, nella tregua degli accessi, è negativo per le forme asessuate ed invece è spesso positivo per i gameti. *Queste cellule selezionate sono destinate a mantenere la specie attraverso un rinnovamento di vita nel corpo dell'anofele, ma sono anche destinate a rinnovare le fragili generazioni nell'uomo per mezzo della partenogenesi.*

Le forme vegetative del protozoario della malaria, non sono resistenti alla chinina, mentre sono resistenti i gameti.

Possono però divenire resistenti le generazioni asessuate se esse nascono nell'ambiente chininico. Le recidive che sorgono, malgrado la cura chininica, trovano ragione in questo fatto sperimentalmente rivelato.

Da esperienze istituite dal relatore per chiarire il fenomeno della resistenza acquisita nei protozoi, è stato dimostrato che, mentre non è possibile conferire resistenza alle forme vegetative di un protozoo nuovo all'azione di un rimedio; le forme dello stesso protozoo possono vivere e svilupparsi, quando sieno nate nell'ambiente venefico. Però la dose del tossico non deve superare determinate concentrazioni. Questo spiega come le percentuali delle recidive sieno minori nei malati intensamente chininizzati.

6º Il problema della guarigione definitiva della malaria ha avuto grande importanza durante la guerra, si è quindi cercato di fare una diagnosi rapida della malaria latente col riattivarla, o più frequentemente di smobilizzare i parassiti per mezzo di sostanze e di pratiche chiamate provo-

catrici, che agiscono determinando perturbazioni della circolazione e fenomeni vasomotori, col risultato di produrre un'immissione di parassiti in circolo. Studii moderni sulla accelerazione del fenomeno di riproduzione partenogenetica, c'indurrebbero a pensare che colla immissione in circolo di forti quantità di parassiti sessuati, si stabilisca su di essi uno stimolo rapido alla produzione di generazioni vitali, capaci di determinare l'accesso.

La provocazione è certamente un utile mezzo diagnostico, ma non ha l'importanza attribuitale per la cura della malaria. L'autore, in base ad esperienze personali, ritiene che, a parte i casi in cui vi è coincidenza di risveglio dell'infezione, molto spesso i tentativi di provocazione riescono infruttuosi.

7° Sulla cura. La chininica resta il rimedio sovrano non sostituibile con altri rimedii esperimentati (bleu di metilene, tartaro emetico, cloridrato di emetina, preparati arsenicali, idroclorato di idrocupreina). Può essere in determinate occasioni sostituita col salvarsan, meglio con la cinconina sopratutto nei malarici emoglobinurici a cui non si può somministrare il chinino, mentre la cinconina (se pura) riesce inoffensiva. La cura deve sempre essere fatta a dosi alte (curative) anche nei sistemi per prevenire la recidiva. La prevenzione delle recidive deve essere lo scopo principale del medico sia per il bene individuale che per la profilassi sociale.

La chinina somministrata per bocca, a dosi curative, intermittentemente, finchè l'osservazione clinica dichiara il malarico guarito, deve essere il metodo di elezione.

8° Sulla profilassi. Le statistiche di guerra sono decisamente contrarie alla profilassi chininica. Il mezzo deve però essere ancora delucidato sperimentalmente. Sebbene la profilassi chininica presenti dei vantaggi innegabili (diminuzione delle forme di malaria perniciosa e della mortalità) essa deve essere considerata allo stato attuale un metodo di eccezione e non un sistema nelle popolazioni che abitano luoghi palustri.

Discussione.

Prof. GIUGNI parla sulla terapia chininica.

Prof. PAIS parla sulla radioterapia nella malaria.

Prof. VENSA fa notare l'aumento dei leucociti mononucleati con spostamento a sinistra del quadro di Arneth.

Prof. QUARELLI parla sui metodi per attivare la malaria latente.

Prof. ASCOLI mette in evidenza l'importanza delle osservazioni dello Schaudinn sulla partenogesi, che ha ricevuto piena e luminosa conferma dalle osservazioni del relatore. Discute i meccanismi delle recidive. Dimostra la limitazione del concetto e della pratica della « profilassi chininica ».

Prof. FERRATA pone in rilievo sue osservazioni non pubblicate sulla divisione partenogenetica dei gameti circolanti.

Prof. MICHELI dice come lo Schaudinn pel primo ha dimostrato le varie fasi della divisione partenogenetica dei gameti circolanti, fenomeni confermati e illustrati dal Pontano.

Generale RHO cerca dimostrare l'utilità della profilassi chininica.

Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo delle nefropatie.

Relazione del prof. dott. CESA-BIANCHI.

Nel campo della patologia renale pressochè solo il capitolo delle nefriti è stato oggetto, durante il periodo delle ostilità, di ricerche e di discussioni, che hanno culminato nel terzo anno di guerra con la separazione di una nuova sindrome morbosa, la cosidetta nefrite di guerra.

La discussione verrà pertanto limitata a questa sindrome morbosa e più in generale alle condizioni create al rene dei combattenti da complesso fattore guerra, solo aggiungendo, per opposte ragioni qualche considerazione sul modo di comportarsi del rene in due fra le epidemie svoltesi durante la guerra, che maggiormente hanno richiamato l'attenzione degli studiosi: quella di ittero infettivo e la più recente pandemia influenzale.

Dalle osservazioni raccolte presso tutti gli eserciti combattenti risulta in modo concorde, che il soggiorno prolungato alla fronte, per le peculiari condizioni in cui ebbe a verificarsi durante gran parte del periodo bellico, agì di per sè stesso in modo dannoso sul rene del soldato, creando a poco a poco uno stato di inferiorità renale, clinicamente manifestantesi sotto forma di una albuminuria prenefritica, che andò sempre più estendendosi dagli individui predisposti, per ragioni congenite ed acquisite, a labilità del filtro renale, agli individui presentanti una qualsiasi inferiorità organica.

È in questo materiale umano a resistenza organica locale in generale compromessa, che la nefrite cosidetta di guerra ebbe a scegliere le sue vittime in sempre maggior numero. Essa difatti eccezionale, o quasi, nel primo anno di guerra presso tutti gli eserciti, venne assumendo una diffusione sempre maggiore, talora anche a carattere epidemico, nel secondo e più ancora nel terzo anno delle ostilità.

In altre parole, gli strapazzi fisici e morali, le intemperie, la alimentazione impropria, la prolungata azione sopratutto di queste o di altre cause dannose, hanno condotto allo stabilirsi di una vulnerabilità renale o generale in una sempre più larga serie di individui, predisposti per ragioni congenite od acquisite, i quali appunto furono facile preda di tutte quelle svariate cause dannose per il rene, che la guerra conduce inevitabilmente seco.

Non esiste da un punto di vista dottrinale una nefrite di guerra in senso stretto; non esiste cioè una forma speciale di nefrite a caratteri anatomici e clinici ben definiti, e tanto meno ad etiologia unica, dipendente delle condizioni di guerra; esistono invece delle nefriti nei militari in guerra.

In pratica però la grande maggioranza dei casi di nefrite verificatisi nei soldati appartenenti ai diversi eserciti ebbe a presentarsi con caratteri anatomici e clinici abbastanza costanti; quello di una glomerulo-nefrite acuta diffusa, a tipo prevalentemente emorragico, la quale pur corrispondendo nei suoi caratteri essenziali all'analoga forma di pace e più specialmente alla glomerulo-nefrite postscarlattinosa, tuttavia presentò quasi dovunque, negli opposti eserciti, alcune peculiarità, tanto anatomiche che cliniche, evidentemente conferitegli dalle speciali condizioni da cui la forma morbosa ebbe a svolgersi.

Per questa considerazione ed anche perchè nella sua efficace brevità la denominazione di nefrite di guerra ha il merito di richiamare l'attenzione sulla condizione essenziale di ambiente che guidò lo svolgimento della forma morbosa, ritengo che in pratica possa essere conservata.

L'etiologia della nefrite dei combattenti è complessa: non esiste cioè una causa unica e tanto meno esiste un germe specifico della malattia. Il tempo ha fatto rapida giustizia di tutti i germi ritenuti specifici (diplococco minutissimo di Thoruley, batterio polimorfo fi Töpfer, virus filtrabile di Mackenzie e Wallis, spirocheta di Salomon e Neveu, micrococco filtrabile di Bradford).

Sono stati trovati di frequente varie specie di spirocheta, saprofiti delle vie urinarie e forse anche del parenchima renale (ricerche di Kan e Watabick.

Questa spirochetosi saprofitica del rene umano spiega i reperti di spirochete supposti specifici in molte affezioni riscontrate durante la guerra.

Nella recente pandemia influenzale, il rene ha avuto una parte importante, mentre nelle precedenti, le lesioni renali erano gravi. Quasi mai è mancata l'albuminuria febbrile. Inoltre si è avuto:

1º Tipo dei casi più gravi, con i caratteri di glomeruto-nefrite acuta diffusa (lesioni a tipo infiammatorio dei piccoli vasi e dei capillari glomerulari). Queste lesioni aggravano grandemente il decorso dell'infezione. Si avvicinano assai alle nefriti di guerra e sono da attribuire ad infezioni secondarie per parte di tossine o di germi (Streptococchi).

2º Lesioni renali con i caratteri degenerativi delle nefrosi. Lesioni a tipo degenerativo interessanti in modo esclusivo l'apparato epiteliale (tubuli contorti) rispettando i glomeruli e l'apparato connettivo vascolare. Tipo di lesione comune alle forme influenzali a decorso prolungato e con complicanze di pleuriti fibrinosi, empiemi, cancrena polmonare ecc. Però la funzione renale ne è poco compromessa ed il decorso della malattia poco aggravato.

Fra questi due tipi fondamentali vi sono tutte le forme di passaggio.

La ritenzione di azoto è quasi sempre assai modesta, perciò raramente compaiono le manifestazioni uremiche e lesioni oculari.

Questo spiega il decorso relativamente benigno e la prognosi immediata per lo più favorevole della malattia, malgrado l'imponenza dei fenomeni iniziali. Ma se la prognosi immediata è quasi sempre favorevole; la prognosi lontana della nefrite dei combattenti deve essere in ogni caso riservata, non soltanto per la facilità delle recidive, o per lo stabilirsi di una albuminuria residuale assai frequente, ma sopratutto per il passaggio alla forma cronica che pare avvenga nel 10 % circa dei casi. Anche nei casi clinicamente guariti, rimane una fragilità renale pericolosa per l'avvenire del paziente.

Il giudizio sulla guarigione non deve essere basato solamente su di un esame di urine, ma si devono fare le così dette prove dell'acqua, con la quale Gherhardt ha recentemente documentata l'esistenza di una vera lesione cronica del rene residuata da una nefrite acuta di guerra, senza che i pazienti accusassero disturbi notevoli o esistessero altre manifestazioni di entità.

Spesso persiste un'albuminuria residuale, con una discreta funzionalità renale, mentre vi sono lesioni funzionali gravi del rene senza reperti patologici nelle urine.

Nell'epidemie di ittero-infettivo dei combattenti, la compartecipazione del rene al processo morboso, si è mantenuta generalmente entro limiti modesti. Il rene ha lesioni a tipo degenerativo interessanti sopratutto l'apparato epiteliale e non i glomeruli. Quando avviene la guarigione, si verifica rapidamente il ritorno alla norma del filtro renale.

Per spiegare come, malgrado il parenchima renale sia una delle sedi preferite del germe specifico, sia così scarso il risentimento del rene, si può ricordare il fatto stabilito che in molti animali

il rene può costituire un vero serbatoio di spirochete patogeni o meno, senza presentare lesioni apprezzabili.

La nefrite di guerra è prodotta generalmente da un'infezione a preferenza streptococcica, ma occorre che intervengano altre cause legate alle condizioni di vita del combattente, che diminuiscono la sua resistenza renale, fra cui primeggiano le intensità e la durata del servizio e il freddo umido.

Anatomicamente la nefrite di guerra è una glomerulo-nefrite acuta diffusa. La lesione inizia a livello delle arteriole e dei capillari glomerulari con processi infiammatori, formazione di essudati, trasudazione degli elementi morfologici del sangue, con lesioni degli endotelii capillari. In un secondo tempo le lesioni si estendono alla capsula dei glomeruli. Nei casi a decorso lento si può arrivare alle sclerosi glomerulari, Queste lesioni sono diffuse a tutto l'organo, e ricordano la nefrite postscarlattinosa.

Va ricordato che lesioni dei capillari non si trovano solo nel rene di questi pazienti, ma anche nei piccoli vasi periferici, causa questa degli edemi e dell'aumento di pressione sanguigna.

La nefrite di guerra inizia bruscamente con modica febbre, edemi al viso e agli arti, dispnea, ematuria. Nel sedimento urinario, passato il carattere emorragico dell'inizio, compaiono numerosi elementi renali, cilindri granulosi ed epiteliali. Vi è modica ipertensione e dalla prova dell'acqua e dalla ricerca dei cloruri, si rileva che la funzionalità renale è relativamente poco compromessa, rapidamente migliora per tornare presto alla norma.

Discussione.

Prof. SCHUPFER. Mette in evidenza l'importanza che ha il freddo umido come causa predisponente Ritiene che fra i militari nefritici alcuni fossero già precedentemente tarati. Non crede si possa ritenere che le nefriti da trincea siano determinate da un numero svariatissimo di germi. Quando si vede l'andamento epidemico che spesso hanno queste nefriti, viene spontaneo di supporre che i germi non sieno numerosi.

Prof. VITALI. Riferisce su di un'epidemia di nefriti osservata a Venezia — sopratutto colpite le donne. Il sintomo costante l'albuminuria — non ipertensione nè edemi. Costante l'influenza dell'orto statismo. Manca qualsiasi dato positivo dal punto di vista etiologico.

Dott. GHIRON. Fa rilevare come dalle sue osservazioni sperimentali risultano destituite di fondamento le ipotesi di alcuni autori tedeschi (per es.: Volhard) sul fenomeno spasmo vasale preglomerulare come fattore essenziale patogenetico nell'insorgenza delle nefriti acute.

Prof. BARLOCCO. Pone in evidenza l'importanza del metodo di Weis Muller per esaminare il circolo periferico.

Prof. MARAGLIANO. Loda il relatore per avere messo in evidenza come la funzionalità renale possa essere sufficente ai bisogni malgrado estese alterazioni anatomiche.

Segnala il grande valore che ha l'indagine del coefficente azoto ureico per dedurre le condizioni della funzionalità renale.

Ricorda gli studi di Giulio Ascoli sul ricambio intermedio.

Il dott. SILVESTRI concorda eon il relatore cne non esiste una nefrite di guerra, ma nefriti di militari in guerra. L'O. ha avuto occasione di esaminare migliaia di soldati dichiarati idonei alle fatiche di guerra e di esaminarne le urine e con una notevole percentuale ha trovato in costoro non solo albuminuria manifesta, ma anche segni non dubbi di leggere lesioni renali.

Sono questi in cui certamente si son poi notate le lesioni di guerra.

Concorda nel ritenere che la *prova della concentrazione e della diluizione* sia essa la prova per la funzionalità renale una delle più semplici e delle più attendibili.

Il relatore risponde a tutti.

IV giornata.

Sull' uricemia.

a) *Fisiopatologia del ricambio purinico.*

Relazione del prof. IZAR.

I nuclosidi sono composti di idrato di carbonio con una base purinica; i nuclotidi di un nucleoside con una molecola di acido fosforico. L'unione di varie nuclosidi forma gli acidi nucleinici e in composizione con una molecola di proteine dà il nucleo proteidi e le nucleine. L'acido urico si forma dalle nucleine per azione di fermenti per via endogena dalle nucleine pervenenti dagli elementi cellulari, per via esogena di materiali azotati dell'alimentazione.

Pare che il rene sia la sede di formazione di acido urico dalle purine: anche i tessuti sarebbero capaci di formarli.

L'acido urico rappresenta un prodotto finale del ricambio purinico.

Patologia del ricambio purinico. Le uricemie possono essere funzionali:

a) Uricemie alimentari in rapporto colla quantità delle purine ingerite;

b) Uricemie dovute a consumo delle nucleine nell'organismo;

c) Uricemie da iperattività fermentativa;

e) Uricemie da ritenzione quando il rene

diventa meno permeabile per cause funzionali o lesioni anatomiche;

f) Uricemia saturnina, dovuta ad alterazione da Pb del ricambio e dell'emuntorio renale.

Possono essere costituzionali. Sono d'origine endogena dovute a modificazioni e inceppamenti del ricambio. Teorie patogenetiche: *a*) l'uricemia sarebbe dovuta ad eccessiva produzione di acido urico; *b*) ad insufficente distruzione di acido urico; *c*) ad insufficiente eliminazione di acido urico perchè la molecola nucleosidica non viene scissa secondo la norma; *d*) ad insufficente eliminazione dell'acido urico per diminuita solubilità di esso; *e*) ad uno squilibrio nella funzione delle ghiandole a secrezione interna che regolano il ricambio purinico.

Le concessioni uuitarie non danno una spiegazione sufficiente dell'uricemia. Pare più probabile che la diatesi urica sia originata da un fattore nervoso, da un fattore fermentativo, da un fattore fisico chimico, da uno renale.

b) ***Patologia e clinica dell'uricemia.***

Relazione del prof LAFRANCA.

Le nuove indagini hanno confermato l'importanza dell'acido urico in tutte le forme uricemiche vere. La curva dell'eliminazione dell'acido urico endogeno ed esogeno e il comportamento dell'uricemia non ci sono ben conosciute. Questo spiega la difficoltà di dimostrare l'origine uricemica di una data affezione.

Le uricemie si dividono in funzionale e in costituzionali. I caratteri delle uricemie costituzionali sono:

a) un'uricemia esistente anche all'infuori di tutte le cause esogene;

b) uno squilibrio del sistema nervoso della vita vegetativa, una vagotonia costituzionale.

Questo carattere riporta la questione al capitolo delle ghiandole a secrezione interna. Lo stato costituzionale è dovuto ad abitudini ereditate. Concorrono a preparare la diatesi il tenore di vita a cui è sottoposto l'organismo.

Nell'uricemia è sempre alterata la funzione renale: fatto importante tanto più che pare sia affidato al rene un potere di trasformazione delle purine.

L'uricemia va distinta dalla gotta oltre che per i caratteri clinici anche per il comportamento della curva di eliminazione dell'acido urico e per la differente maniera di reagire alla somministrazione di purine.

L'uricemia può dare manifestazione in quasi tutti gli organi.

Nell'uricemia si può avere:

a) la polisarcia;

b) la glicosuria.

Il vero diabete s'incontra alternativamente alla gotta. Castellino suppone che l'uno si esplichi nel campo del simpatico e l'altra in quello del sistema autonomo, benchè ambedue d'origine artritica.

c) l'ossaluriadi cu i è dubbia ancora la differenza dall'uricemia.

È relativamente frequente nell'uricemia la nevrosi celiaca.

In quanto al fegato è da ricordare la frequente ipermegalia, segno d'iperfunzione. Castellino pensa che nell'uricemia il fegato conterrebbe notevoli quantità di sostanze paralizzanti le reazioni enzimatiche dell'organismo, col risultato di limitare i processi disintegrativi.

Meritano speciale considerazione le palpitazioni cardiache risultanti dalla coesistenza di un disturbo inotropo e da un disturbo batmotropo con stimoli frequenti di natura riflessa o sorgenti nel cuore stesso. Il polso lento, frequente nell'uricemico, è in relazione ad eccitazione del vago e a diminuzione del potere dromotropo proprio del fascio atrioventricolare.

L'azione dell'acido urico sul fascio stesso, nella gotta può provocare delle interruzioni fino alla dissociazione atrio-ventricolare e alla forma di Adams Stockes.

Frequente è la nevrastenia uricemica.

La cura dell'uricemia comprende la profilassi e la terapia.

La prima è la più importante. Specialmente all'epoca della pubertà è necessario sorvegliare i discendenti di artritici.

La terapia comprende:

a) la dieta opportuna non solo per la qualità, ma anche per la quantità (anche da una dieta apurinica può aversi formazione di acido urico);

b) agenti fisici;

c) agenti chimici.

Per quanto questi sieno numerosissimi, una vera terapia medicamentosa dell'uricemia manca. Gli alcalini sembra sieno dei precipitanti e non dei solventi dell'acido urico. Il citrato di soda e l'acido citrico sono abbandonati. Anche i così detti dissolventi delle purine (piperazina, licetolo, lisidina, urea, urotropina) hanno perduto ormai di valore. Solo pare che derivati dell'acido chimico o tetraossibenzoico possano dare qualche risultato. Uno di questi, che ha dimostrato un'importanza notevole, anche come mezzo di indagine, è l'acido a-fenilcinconinico (*atophan*) che pare abbia un'azione mobilizzatrice dell'acido urico in riserva, specialmente del fegato

favorendone così l'eliminazione. Non deve essere usato quando il rene è compromesso.

Anche l'acido timinico prodotto di scomposizione dei corpi purinici avrebbe azione favorevole, in quanto fisserebbe l'joneurico in un prodotto solubile facilmente eliminabile.

L'iodio e joduri mantengono sempre la loro importanza, sopratutto nelle neo-produzioni cartilaginee fibrose e osse e nell'arteriosclerosi.

L'azione del colchico e dei suoi preparati sempre usata e utile nell'attacco acuto gottoso, non è ben conosciuta; molto probabilmente ha azione colagoga. Dott. GHIRON.

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Trieste 2-5 Ottobre 1919.

DONATI. *Su di alcune tipiche lussazioni e lussazioni fratture del carpo.* — L'O. ha avuto occasione di osservare parecchi casi di lesioni chiuse del carpo di solito interpretate come distorsioni del polso o come fratture di Colles. In queste lesioni, come nella tipica frattura di Colles, si ha la cosidetta deformazione a dorso di forchetta, che però ha una sede più distale; il carpo inoltre appare accorciato. Si tratta di lussazioni più o meno complete del semilunare, alle quali talora è associata la frattura dello scafoide e delle apofisi stiloidee del radio e dell'ulna. La cura consiste nell'asportazione del semilunare. L'O. presenta numerose radiografie di casi da lui studiati.

MARAGLIANO. *Nuovi punti di appoggio nelle lussazioni da coscite.* — L'O. presenta due casi di queste lussazioni, in cui è intervenuto, creando nuovi punti di appoggio all'estremo superiore del femore per mezzo di trapianti ossei. Nel primo caso la stecca osteo-periostea venne conficcata nell'estremo superiore del femore e dall'altra parte adagiata in una doccia scavata nell'ala dell'ileo. Dopo 6 anni i risultati ottenuti appaiono sodisfacenti.

Nel secondo caso l'O. impiantò la stecca ossea, con un estremo nella diafisi femorale verso il terzo superiore, con l'altro sulla tuberosità ischiatica. Il paziente fu operato 4 mesi or sono.

UFFREDUZZI domanda all'O. su quali criteri egli aveva basato la diagnosi di lussazione da coxite.

MARAGLIANO da delucidazioni in proposito.

LUSENA. *Perforazioni di arterie per decubito.* — L'O. richiama l'attenzione dei colleghi sui casi relativamente rari di emorragia secondaria, dovuta a perforazione di grosse arterie per azione diretta di un tubo di drenaggio. Riferisce a questo proposito 2 casi personali. In un caso di ferita infetta del ginocchio era stato stabilito un drenaggio posteriore tubulare; si ebbe una emorragia fatale in 14ª giornata, per perforazione dell'arteria poplitea.

In un secondo caso (ascesso appendicolare) il drenaggio portò ad una perforazione della iliaca primitiva.

L'esame istologico (dell'arteria poplitea) dimostrò che le pareti, all'infuori della perforazione, non si mostravano alterate, e che il passaggio alla parte sana aveva luogo senza zona intermedia d'infiltrazione. L'O. ha iniziato una serie di ricerche sperimentali sui cani, allo scopo di riprodurre lesioni analoghe.

Ha ottenuto risultati vari; in due casi la formazione di aneurismi traumatici. Si riserva di trarre, dalle sue ricerche, le conclusioni definitive, dopo aver completato le ricerche di laboratorio.

ANZILOTTI osserva di avere anche egli eseguito delle ricerche sperimentali, allo scopo di studiare l'azione esercitata sulle pareti vasali da tubi di drenaggio posti con esse a contatto. Ha notato processi degenerativi delle pareti del vaso, solo quando intervenivano processi suppurativi.

SOLIERI cita un caso di emorragia secondaria della renale, verificatasi qualche tempo dopo l'incisione di un ascesso perinefritico.

Un altro caso di emorragia secondaria, in focolaio tubercolare, è stato osservato da *Scalone*.

PALAZZO riferisce di aver eseguito esperienze su questo argomento.

MARGARUCCI e A. GIANNELLI. *Esoftalmo pulsante.* — Margarucci riferisce il caso di un ufficiale ferito da bomba a mano, il quale presentava un esoftalmo pulsante a sinistra; il paziente si lamentava di rumori fastidiosi, di soffio e di sega, a sede endocranica. La pulsazione oculare e il rumore di soffio percepibile anche obiettivamente, cessavano con la compressione della carotide primitiva del lato opposto. L'allacciatura della carotide primitiva destra portò alla scomparsa del soffio, e dei fenomeni subiettivi, e alla diminuzione dell'esoftalmo. Successivamente l'esoftalmo a carattere pulsante si ristabilì come prima dell'operazione, ed i fenomeni subiettivi ricomparvero. In un secondo intervento si trovò che la carotide interna destra pulsava; questa fu allacciata, come pure la carotide esterna. Si ebbe un notevole miglioramento. È da notare che il globo oculare destro era mancante; mettendo al suo posto un pallina di vetro si notava che anche questa era animata da pulsazioni.

GIANNELLI ha studiato il caso dal punto di vista grafico, registrando le pulsazioni dell'esoftalmo e le loro variazioni, a seconda che l'una o l'altra delle carotidi veniva compressa. Presenta numerose grafiche.

FASANO cita un caso di esoftalmo pulsante in un paziente con frattura della base del cranio. All'autopsia notò che l'apice della rocca aveva leso il seno cavernoso e la carotide interna.

BURCI. In un caso di esoftalmo pulsante egli ha ottenuto la guarigione, limitandosi ad allacciare la carotide interna.

COMISSO. *L'elioterapia nella tubercolosi chirurgica.* — Dopo avere esposte le ragioni, che parlano in favore della cura solare congiunta a quella marina, l'O. parla delle indicazioni per l'elioterapia generale e locale, e descrive la tecnica da lui usata all'Ospizio marino di Valdoltra presso Trieste. Giunge quindi alle seguenti conclusioni: 1) L'elioterapia generale, congiunta alla cura marina, ha un'influenza benefica su tutto l'organismo, se applicata razionalmente e con moderazione; 2) L'elioterapia locale, pure congiunta alla cura marina, è efficacissima nella tubercolosi chirurgica; 3) L'efficacia dell'elioterapia è tanto maggiore quanto più superficiale è la parte malata.

L'O. dimostra con numerose proiezioni gli effetti ottenuti in casi di tubercolosi cutanea, ghiandolare, ossea, articolare.

PIRRO: dimostra sul cadavere la tecnica della cinematizzazione.

Seduta antimeridiana del 4 *ottobre* 1919.

CAUCCI (a proposito della comunicazione Margarucci): ricorda un caso di emorragia infrenàbile, proveniente dall'orecchio medio, e consecutiva ad una puntura. Egli preparò la carotide interna dello stesso lato, e spinse nel moncone periferico del vaso uno zaffo di garza, finchè incontrò una resistenza ossea. Dopo alcuni giorni lo zaffo fu tolto senza inconvenienti. Ha intrapreso ricerche sperimentali su questo argomento.

ALESSANDRI. *Trapianti ossei nelle estese resezioni.* — L'O. ricorda di essere stato il primo in Italia a pubblicare un caso di trapianto osseo (1910). Cita 7 casi di trapianti eseguiti in questi ultimi anni; in 5 casi per colmare perdite di sostanza consecutive ad asportazione di tumori delle ossa (2 dell'estremo inferiore del radio, 1 del perone, 1 delle falangi, 1 della mandibola); in 2 per pseudartrosi da ferite di guerra. Si è servito, come materiale d'innesto, del perone e di stecche di tibia. Preferisce il metodo dell'infibulazione, completato, ove sia necessario, con l'infissione di piccoli perni ossei. Cerca, ogni volta che ciò è possibile, di evitare le fissazioni metalliche, che in secondo tempo ha dovuto quasi sempre togliere, anche all'infuori di processi flogistici.

L'O. illustra i casi con numerose radiografie.

SOLIERI. Riferisce un caso d'innesto osseo eseguito per riparare ad una estesa perdita di sostanza post-osteomielitica, della tibia. Si ebbe in seguito frattura dell'innesto; la frattura guarì con la formazione di un callo ben solido.

BURCI. In un caso di estesa resezione del radio ha proceduto all'impianto del cubito nel moncone prossimale del radio.

INGIANNI. Riferisce un caso di trapianto osseo.

RUGGI. Fa osservazioni sull'argomento in discussione.

PUTZU. In un caso di pseudoartrosi dell'ulua, con perdita di sostanza ossea lunga 7 cm. l'O. ha eseguito un trapianto osseo, spaccando longitudinalmente a metà il frammento distale dell'ulna e utilizzando la stecca ossea così ottenuta. Il trapianto si è riunito direttamente solo col moncone distale dell'ulna.

PUTTI. A proposito del trattamento conservativo dei sarcomi centrali delle ossa, l'O. ricorda di averne operati tre casi, limitandosi al semplice svuotamento; e con buoni risultati. In un caso però, dopo 3 anni, si verificò una recidiva.

ANZILOTTI. Riferisce un caso, bene riuscito, di innesto osseo, per rimediare ad una perdita di sostanza del radio.

PALAGI. L'O. dice di avere eseguito 7 trapianti ossei. In un solo caso si ebbe risveglio di un processo flogistico latente. Si serve costantemente di trapianti integrali (periostio, corticale e midollo) prelevati dalla tibia. Ha adoperato fissazioni metalliche che sono bene tollerate.

CHIASSERINI e CAPPELLI. Comunicano casi d'innesti ossei.

UFFREDUZZI. Osserva che i trapianti di perone riescono molto meglio, se sul trapianto si fanno col trapano delle perforazioni multiple, che giungano fino al midollo.

PUTTI. Dice di avere eseguito, in un caso, la correzione di un naso a sella, servendosi di un trapianto di avorio perforato. Ha ottenuto un buon risultato.

CHIAROLANZA. Per la correzione dei nasi a sella, l'O. riferisce che egli si serve costantemente di bratte ossee tibiali.

CACCIA. *Emilaminectomia e sue indicazioni.* — L'O. riferisce su tre casi di frattura della colonna vertebrale, con paraplegia, osservati nei primi mesi di quest'anno. Intervenne solo nel 3º caso, nel quale l'esame clinico faceva supporre l'esistenza di una compressione midollare; fu eseguita l'emilaminectomia della XI e XII dorsale, e si asportarono frammenti ossei infossati. Negli interventi sulla colonna vertebrale, dopo un trauma, l'O. crede che l'emilaminectomia, suggerita da Bonomo, sia da preferirsi. Essa fornisce un'apertura sufficente, e rispetta, meglio della semplice laminectomia, la solidità e la statica vertebrale.

Nelle fratture della colonna; senza sintomi di compressione, l'O. sconsiglia l'intervento.

INGIANNI. *Risultati clinici dell'innesto di pelle nelle cavità e sulle superfici ossee in via di riparazione.* — L'O. crede opportuno tornare sull'argo-

mento, sia per portare un nuovo contributo di casi clinici, sia per rivendicare la priorità del metodo. Egli così riassume la tecnica da lui usata nei casi di fistole da sequestri ossei: scollamento delle parti molli e del periostio; asportazione di tratti ossei, che ricoprono da un lato il sequestro, asportazione di questo e detersione meccanica della cavità che viene resa meno profonda, sgorbiandone le pareti. Sono quindi scolpiti due o più lembi cutanei peduncolati, che si portano a rivestire la superfice ossea; sui tratti di questa, che non si arriva a ricoprire, vengono distesi degli innesti dermo-epidermici. In tal modo rapidamente si riesce a cutizzare abbastanza presto delle vaste cavità e superfici ossee. L'O. illustra la sua comunicazione con fotografie e calchi.

PIERI. A proposito della terapia delle cavità ossee, ricorda che nel 1913 pubblicò un processo operatorio, che poi ha applicato anche nei feriti di guerra. Il propesso può essere applicato alle cavità di ossa superficiali; esso consiste nella formazione di due lembi laterali di parti molli (cutaneo-periostei), che, prima scollati, vengono, previa asportazione degli speroni ossei denudati, ribattuti sulla superfice ossea ed ivi suturati per i loro margini.

Ha applicato il processo in 4 casi, ottenendo guarigione in un periodo da 20 a 40 giorni.

LEOTTA. Ricorda che anche nella clinica chirurgica di Roma il metodo descritto da Ingianni è stato largamente applicato.

CHIAROLANZA conferma l'utilità degli innesti dermo-epidermici per cutizzare cavità ossee.

CAPPELLI cerca di trasformare le cavità ossee in superfici piane, per renderne più facile la cutizzazione.

RAVASINI. *Ipernefroma, presentazione di un caso operato dodici anni fa.*

MORONE. *Sindrome irritativa delle ultime radici spinali posteriori cervicali e delle prime dorsali di origine traumatica. Laminectomia-guarigione.* — Il paziente accusava dolori continui con crisi di esacerbazione analoghe a quelle della causalgia. Esisteva il segno cosidetto dello sternuto. L'O. eseguì una laminectomia cervicale, e trovò piccole schegge ossee infisse nelle radici posteriori 8ª, 7ª e 6ª cervicali, nonchè piccoli coaguli tra i filamenti radicolari. Rimosse le schegge e i coaguli. Si verificò un notevole miglioramento. L'O. crede che questo sia il primo caso constatato all'operazione, e pubblicato, di lesioni traumatiche limitate ad alcune radici posteriori, e così bene definite.

INGIANNI. *Estrazione di proiettile incastrato nel corpo della 3ª vertebra lombare.* — Esisteva anche una lesione renale. La sindrome era d'irritazione sensitiva. Il proiettile venne estratto con due interventi. Si ebbe guarigione.

VECCHI. Riferisce un caso analogo, con esito in guarigione.

PALAZZO. *Resezione dell'articolazione del gomito con neoartrosi.* — Riferisce su di un caso di artrite tubercolare del gomito, nel quale egli eseguì, con buon risultato, la resezione ortopedica alla Durante.

CACCIA. *Sul trattamento delle ferite d'arma da fuoco del piede con lesione dell'astragalo.* — L'O. crede, che ogni volta che le lesioni dell'astragalo sono abbastanza gravi, è utile procedere all'astragalectomia.

CHIAROLANZA. Condivide le idee di Caccia sull'astragalectomia preventiva. Nei casi con estese suppurazioni del piede usa spaccare longitudinalmente il piede stesso.

UFFREDUZZI. A proposito dello spaccamento longitudinale del piede secondo Obalinsky, ricordato dal precedente O., dice che esso è stato adoperato nella Clinica chirurgica di Torino fin dal 1915.

Seduta pomeridiana del 4 ottobre 1919.

CHIAROLANZA. *Sul valore della resezione totale nella cura delle artriti purulente del gomito consecutive a ferite di guerra.* — L'O. pratica la resezione sottocapsulo periostea, avendo cura di conservare gli attacchi muscolari, ciò che ha grande importanza per il ripristino della funzione. Inizia precocemente i movimenti attivi e passivi. Seguendo questi criteri, è riuscito in un caso ad ottenere una neoartrosi abbastanza buona.

FALCONE. Adopera sistematicamente la resezione ortopedica del gomito alla Durante; ha sempre ottenuto risultati funzionali buoni.

FASANO. Afferma di aver ottenuto buoni risultati, dopo la resezione del gomito, specie per ciò che riguarda la estensione attiva, fissando l'inserzione tricipitale inferiore, col periostio e con bratte olecraniche, al radio.

MORONE. *Aneurisma arterio-venoso traumatico della femorale comune trattato con la sutura laterale dell'arteria e della vena - guarigione.* — L'O. riferisce un caso interessante di varice aneurismatica della femorale comune, consecutiva a ferita da arma da fuoco. Le suture vennero eseguite con aghi e seta sottilissima invasellinata, e protette con lembo di grasso.

L'O. fa notare che, dopo l'intervento, il fremito non è scomparso, ma è divenuto meno intenso, discontinuo, e non si propaga più nel senso prossimale.

A questo proposito egli fa delle considerazioni sulla patogenesi del thrill.

FASANO. *Contributo alle ferite secche (senza emorragia) dei grossi vasi.* — L'O. cita il caso di un paziente, ferito da arma da fuoco, nel quale egli era intervenuto per una lesione del plesso bra-

chiale. Durante l'operazione notò che l'arteria succlavia appariva sezionata trasversalmente, senza che si avesse avuta, al momento della ferita, alcuna sindrome emorragica.

SOLIERI. *L'interruzione del circolo arterioso principale negli edemi gravi e permanenti da ostruito circolo venoso.* — In un caso di edema enorme dell'arto inferiore sinistro con straordinaria ectasia venosa, datante da due anni, e consecutivo a trombosi della vena iliaca, esterna, l'O., per diminuire il carico circolatorio dell'arto, allacciò in due punti l'arteria iliaca esterna, resecando il tratto intermedio. Si ebbe guarigione. L'intervento data da 2 anni.

PURPURA. *Osservazioni sopra alcuni casi di chirurgia delle arterie.* — L'O. comunica tre casi di aneurismi falsi traumatici: uno dell'ascellare destra, uno dell'omerale destra, il terzo della femorale superficiale destra; ed un caso di ferita dell'ascellare da colpo di baionetta. Nei primi due casi di aneurisma ha eseguito la doppia allacciatura del vaso, nel terzo caso ha suturato la breccia arteriosa, e asportato il sacco. Nel caso di ferita dell'ascellare ha praticato l'allacciatura *in situ.* In tutti i casi ha avuto guarigione. L'O. è d'avviso che, nella cura degli aneurismi traumatici, la doppia allacciatura è di solito efficace, e spesso la sola possibile. La sutura trova indicazioni in circostanze speciali, quantunque essa rappresenti il metodo ideale.

ZAPELLONI. *La sutura nella terapia degli aneurismi di guerra.* — L'O. è d'avviso che, in ogni caso di aneurisma traumatico, bisogna essere preparati per eseguire la sutura, se questa si dimostra possibile. Essa è certamente il metodo ideale di cura. In tre casi di aneurismi traumatici, operati nel 3° padiglione al Policlinico di Roma, dal prof. Alessandri e dall'O. la sutura venne eseguita con buoni risultati: si trattava di un aneurisma artero-venoso dei vasi femorali, di uno della succlavia, e di uno dell'ascellare.

ZAPELLONI. *La reinfusione del sangue stravasato nelle grandi sierose.* — Si tratta di un argomento nuovo in Italia. In un caso di rottura di una gravidanza extrauterina, con notevole emoperitoneo e sintomi di anemia acuta, l'O. riinfuse nelle vene della paziente il sangue stravasato, dopo averlo filtrato. Il risultato fu sodisfacente.

MARGARUCCI e SOLIERI osservano, a proposito delle comunicazioni di Zapelloni, che l'allacciatura negli aneurismi traumatici, specie in quelli di vecchia data, è ancora un metodo assai utile ed efficace. Per ciò che riguarda la reinfusione di sangue stravasato nel caso di rottura di gravidanza extrauterina, fanno notare che tale sangue può non essere asettico.

ZAPELLONI risponde alle sopradette osservazioni.

CAPPELLI. In un caso di ferita della catoride praticò, secondo Ceci, l'allacciatura simultanea dell'arteria e della vena giugulare interna. Nonostante questo ebbe fatti di rammollimento cerebrale ischemico.

GATTI. *La cura dell'ernia inguinale nell'infanzia.* — Ha operato 825 ernie in bambini. L'O. parla delle controindicazioni e delle indicazioni all'intervento operativo; quelle si possono essere date da condizioni generali non buone, da stati febbrili, dal divezzamento, dall'età inferiore ai 6 mesi ecc.; questo dal volume dell'ernia, dalla sua tendenza ad aumentare progressivamente, dalla incontenibilità, dalla concomitante ectopia testis, dalla tendenza allo strozzamento ecc.

LEOTTA. *L'ulcera semplice della porzione digiunoileale dell'intestino tenue.* — L'O., operando un individuo con sintomi di peritonite, ha trovato a circa 30 cm. dalla valvola ileo-cecale un'ulcera perforata. L'ulcerazione aveva tutti i caratteri anatomici dell'ulcera peptica. La perforazione venne suturata, ed il paziente guarì. Nella letteratura ha trovato 22 casi di tali ulcere, osservate all'autopsia; uno è di Ceci. L'O. crede che queste ulcerazioni abbiano la stessa patogenesi dell'ulcera semplice dello stomaco.

LEOTTA. *Le perforazioni intestinali da tifo.* — Ne ha operati 14 casi, ed ha avuto 7 morti, e 7 guarigioni. La prognosi è subordinata alla precocità della diagnosi. I sintomi precoci, cui l'O. dà la massima importanza, sono il dolore locale e la rigida delle pareti addominali; avrebbe importanza anche la scomparsa dell'aia di ottusità epatica. Quanto alla cura, egli rigetta il semplice drenaggio soprapubico alla Murphy.

SOLIERI. *La enfiseterapia ossigenata nel trattamento della ischialgia.* — L'O. ha avuto occasione di curare molti casi di ischialgia, sia acuta che cronica. Egli fa iniezioni di ossigeno con un grosso ago messo in comunicazione, per mezzo di un tubo, con un gassometro. La natica viene prima enfisemizzata, poi la coscia e la gamba. L'ossigeno si riassorbe in 7-8 giorni, dopo i quali le iniezioni vengono ripetute. Su 40 casi ha avuto 38 successi e 2 recidive. I risultati sono nulli nelle ischialgie sintomatiche.

ANZILOTTI. *Sulla cistite incrustata.* — Si tratta di infiltrazioni calcaree della parete vescicale, consecutive a processi cistitici gravi. L'O. ne ha osservato un caso in una donna, operata di appendicite, e nella quale, dopo un cateterismo, si sviluppò una cistite, che ebbe alternative di miglioramenti e peggioramenti. Il quadro cistoscopico era caratteristico per la presenza sulle pareti vescicali di chiazze biancastre di aspetto schiumoso. Dall'urina fu isolato uno streptococco, e un bacterium coli fortemente patogeno. Fu eseguito prima

un raschiamento endovescicale, poi l'escissione, previa cistotomia soprapubica, delle chiazze d'incrostazione. Si ebbe guarigione. L'esame istologico dimostrò la preponderanza delle lesioni vascolari e perivascolari, sotto forma d'infarti emorragici, nei quali si sarebbe poi verificata l'infiltrazione calcarea. Secondo l'O. le lesioni vascolari sarebbero da considerarsi come primitive.

LUSENA. Ha osservato un caso simile in una donna affetta da fistola vescico-vaginale. Non ammette però l'origine vasale del processo morboso. Nel suo caso le incrostazioni si eliminarono gradualmente col migliorare della cistite.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Stenosi mitralica e risentimenti nell'apice sinistro.

In un certo numero di casi di stenosi mitralica, si può osservare emottisi; questa talora può anche essere il primo sintoma, e con le concomitanze di tosse, affanno di respiro, suggerire dapprima l'idea di tubercolosi, tanto più che vi si può associare una lesione apparente dell'apice sinistro.

La diagnosi di stenosi mitralica è talvolta difficile ed oscura; in un esame frettoloso essa può anche sfuggire, quando il rumore ed il fremito presistolico non sono ben pronunciati. Per la diagnosi, si debbono tener presenti i seguenti elementi: primo suono aspro, con urto sistolico alla palpazione; assenza di ipertrofia del ventricolo sinistro, nei casi non complicati, fremito e rumore presistolici, accentuazione del secondo tono polmonare. Talora il rumore, che non si ascolta, quando il paziente è in riposo ed in posizione eretta, può esser messo in evidenza, facendo prima eseguire qualche esercizio e l esaminando il paziente in posizione supina.

E. H. Goodman e S. L. Cash (*Am. Journ. of med. sciences*, maggio 1919) hanno studiato parecchi casi di stenosi mitralica, specialmente dal punto di vista della concomitante ottusità dell'apice sinistro. Questo fatto, si trova con persistente regolarità nella stenosi mitralica, mentre non si trova in altri disturbi cardiaci.

La somiglianza sintomatica della tubercolosi polmonare incipiente e della stenosi mitralica può indurre in errore il medico, il quale non si rende conto che la stenosi mitralica può essere la causa di tale complesso di fenomeni, ed è invece attirato dall'esistenza di una ben netta ottusità dell'apice sinistro.

Questa ottusità caratteristica della stenosi mitralica, si trova di solito anteriormente, sopra la terza costa, e si estende alla clavicola ed anche al di sopra. Si estende a sinistra sino al terzo esterno della clavicola. Di solito, *non si accompagna a rantoli*: i suoni della voce trasmessa non sono caratteristici, mentre i rumori respiratori, assumono talora un carattere bronco-vescicolare.

La causa dell'ottusità risiede probabilmente nella dilatazione dell'orecchietta sinistra, che talvolta cambia il carattere delle onde sonore suscitate con la percussione, tal'altra provoca compressione del polmone stesso. La dilatazione dell'arteria polmonare ha una parte insignificante nella produzione del fenomeno.

Nei casi in cui si riscontra l'ottusità apicale sinistra, si deve tenere in sospeso la diagnosi di tubercolosi, fino a che con un accurato esame si sia ricercata la possibile esistenza di stenosi mitralica.

fil.

La tubercolosi pulmonare post-traumatica.

Euthymion (*Thèse de Lycn*, 1918) ha studiato l'argomento basandosi su osservazioni praticate su feriti di guerra. La tubercolosi pulmonare di origine traumatica è relativamente rara. Può essere determinata da ferite penetranti del torace, da contusioni toraciche e dalla inspirazione di gas asfissianti. Queste cause possono essere agenti creatori, rivelatori o aggravanti di una tubercolosi pulmonare precedentemente inesistente, preesistente allo stato latente o già in evoluzione.

Le contusioni della gabbia toracica e le inalazioni di gas asfissianti o irritanti hanno un'azione tisiogena più marcata delle ferite penetranti da proiettile. Del resto già Sergent aveva notata la rarità della tubercolosi pulmonare nei feriti toracici (9,04 %). Per questo autore non è il traumatismo per sè stesso il fattore determinante; agirebbero invece le conseguenze del trauma, l'ospitalizzazione prolungata, il difetto d'igiene, le lunghe suppurazioni, che rendono il ferito debole, meno resistente, più adatto allo sviluppo del germe.

Certo è una quistione molto delicata quella di interpretare i veri rapporti di causalità tra il trauma ed i segni della tubercolosi.

Per ammettere questi rapporti è necessario che i primi sintomi compaiano immediatamente dopo l'accidente e che le lesioni constatate non siano quelle di una tubercolosi già avanzata. Nelle osservazioni di Euthymion i feriti non si potettero seguire sistematicamente dal momento del trauma,

per modo che egli dovette contentarsi di accettare come data di inizio il momento nel quale furono constatati i bacilli nell'espettorato o l'epoca della riforma militare. I dati ottenuti al riguardo sono puramente convenzionali.

Con questa riserva si può ammettere che il lasso di tempo trascorso tra il trauma e la costatazione della tubercolosi può variare da uno a parecchi mesi.

In quanto alla sede della lesione tubercolare, questa nei traumi diretti (ferite o contusioni) corrisponde di solito al punto, o alle vicinanze della parte colpita, ma può anche localizzarsi lontano. In seguito alla inalazione di gas asfissianti o irritanti le lesioni si localizzano ordinariamente agli apici dopo uno stadio di bronchite diffusa.

La tubercolosi pulmonare post-traumatica non è dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico differente dalle forme ordinarie.

Tuttavia dal punto di vista della evoluzione sembra che essa assuma tre forme differenti:

a) una forma evolutiva, la più frequente, che è analoga alla tubercolosi fibro-caseosa classica;

b) una forma acuta o sub-acuta a decorso rapidamente letale;

c) una forma abortiva con apparente guarigione dopo qualche mese.

La tubercolosi da gas asfissianti o irritanti è fortemente congestiva ed emottoica al principio, e può svilupparsi in modo rapidamente progressivo, o anche assumere la forma abortiva con guarigione. Per bene differenziarla dalla bronchite non specifica è necessario inoculare l'espettorato alle cavie.

dr.

La tubercolosi polmonare di guerra.

C. ORTALI (*Gazzetta Medica di Roma*) ha avuto agio di studiare l'importante e dibattuto argomento, durante trenta mesi di guerra, nelle condizioni più disparate, che gli permisero di basare i suoi giudizî sopra un'esperienza larga e complessa.

Egli viene alla conclusione che la guerra ha fatto aumentare la diffusione della tubercolosi, specialmente nei giovani, e che, al fronte, le lesioni tubercolari in atto hanno assunto un decorso rapido ed una grave sindrome morbosa. È di somma importanza la diagnosi precoce e provvedere con un'oculata assistenza alla sorte di questi individui minorati nella loro capacità lavorativa.

I. P.

Sul valore pronostico dell'intradermoreazione alla tubercolina.

P. PRUVOST (*Bull. Soc. méd. des hopitaux*, 2 maggio 1919), fin dal 1912 aveva riconosciuto che l'intradermoreazione poteva offrire qualche significato pronostico, essendo positiva nei tubercolotici con buono stato generale, negativa invece, sia in quelli cachettici, sia in quelli che, pure essendo in condizioni soddisfacenti, si trovavano in stato di minorata resistenza, p. e., per emottisi od altro. In questo lavoro, l'A., ha voluto controllare sistematicamente se l'intradermoreazione può dare delle indicazioni non solo sulla resistenza generale del soggetto, ma sulla gravità e benignità delle lesioni, in modo da poter conoscere se queste sono in via di evoluzione o non. Ha adottato a tale scopo delle diluizioni di tubercolina a 1/100.000, iniettando un millesimo di milligrammo; tali diluizioni e tale dose sono risultate le più pratiche e convenienti.

Tutti i soggetti esaminati, — soggetti abbastanza validi e non costretti a letto — hanno reagito con minime differenze, le quali non permettono di dedurne nessuna conclusione pratica.

Si può quindi in complesso ritenere che l'intradermoreazione, se può dare qualche indicazione pronostica, dal punto di vista della resistenza generale, non può fissare il grado di attività della lesione. A conclusioni analoghe è giunto il Sergent per la cutireazione.

fil.

TERAPIA.

Cura delle endometriti settiche puerperali.

E. COVO (*Annali di Ost. e ginec.*, 1918, n. 11-21; pubblic. il 10 sett. 1919) è alquanto scettico sull'efficacia delle ripetute irrigazioni endouterine, che, se anche applicate precocemente, hanno di rado azione evidente sul decorso della malattia. Anche meno efficace ha trovato il raschiamento della cavità uterina, raccomandato da alcuni, come cura sistematica, anche in assenza di segni che facessero pensare a ritenzione. Questi mezzi offrono inoltre la possibilità di inconvenienti, quali, per il raschiamento, la facile perforazione, per l'irrigazione, di favorire la penetrazione di materia settica nelle tube.

L'A. ha trovato invece notevoli vantaggi con l'uso della tintura di jodio; ecco il metodo di lui seguito:

Appena la donna abbia una temperatura oltre i 38°, procede all'esame diretto, risalendo dalla

vulva alla vagina, al collo dell'utero. Se esistono placche ricoperte da essudato, si causticano con tintura di jodio officinale. Per un eventuale esame batteriologico, si possono prelevare i lochi, direttamente nell'utero, mediante un tubetto di vetro, leggermente ricuvo, sterilizzato, previa disinfezione della parte bassa del canale cervicale.

Poi, montato sopra una lunga pinza un piccolo batuffolo di garza sterile, lo si immerse nella comune tintura di jodio e si fa così una buona spennellatura della cavità dell'utero, avvertendo che il liquido non goccioli troppo abbondantemente in vagina. Se ciò avviene, si asciuga subito con batuffoli sterili, per evitare escoriazioni nei fornici con formazione di essudati.

L'A. ricorre al raschiamento, solo nel caso in cui siavi fondato sospetto di ritenzione di frammenti di placenta o di membrana, od anche di coaguli sanguigni aderenti alle pareti dell'utero. In tal caso si esegue il raschiamento al più presto, facendolo seguire da applicazioni della tintura di jodio.

L'efficacia di tale intervento è evidente; la temperatura tende subito ad abbassarsi e, nei casi più lievi, la febbre cede definitivamente. Altre volte, dopo una remissione di due o tre giorni, la temperatura si eleva nuovamente: in tal caso, si ripete la spennellatura, facendone tre o quattro al massimo con intervalli di 1-2 giorni. Si arriva così in 10ª-12ª giornata di puerperio: allora il processo o si risolve, o tende a diffondersi ad altri organi, a generalizzarsi; allora la disinfezione dell'endometrio diventa superflua e forse anche pericolosa, se si sta iniziando una salpingite, una pelviperitonite, una tromboflebite, una parametrite. Tali conplicazioni però sono rarissime col metodo dell'A. che alla terza o quarta medicatura porta la guarigione definitiva.

r. s.

Il formiato di chinina nell'inerzia uterina.

L'inerzia uterina aveva trovato in questi ultimi tempi un rimedio attivo nella pituitrina: anche questo medicamento però ha le sue controindicazioni e va, ad ogni modo, usato con molto discernimento nei casi con lesioni cardio-renali, accompagnate da ipertensione.

A. Fortunato (*Clinica Ostetrica*, 30 sett. 1919) si è valso da diverso tempo, con buoni risultati, della combinazione di due medicamenti dotati ognuno di potere cebolico, associati nel formiato di chinina.

La chinina è capace di far contrarre l'utero in riposo, determinando contrazioni intermittenti ed ordinate: tale azione è più evidente quando l'utero si trova sviluppato; essa avrebbe inoltre anche azione stupefacente e potrebbe lenire le sofferenze del parto. Nessuna controindicazione si ha per tale rimedio, che risulta innocuo per la madre e per il feto.

Quanto ai formiati, è nota la loro azione sui muscoli lisci e striati e sull'eccitabilità dei centri e nervi motori, e degli apparecchi riflessi.

L'A. usa delle fialette da 50 cg. in un cmc. di acqua distillata: eventualmente si può vedere nella fialetta un rsiduo di sali indisciolti, che tornano in soluzione riscaldando leggermente la fialetta prima dell'uso.

L'iniezione è ben tollerata, dando la stessa dolorabilità del bicloridrato. Dopo 15 minuti circa, le doglie si fanno più energiche e più ravvicinate, serbando il ritmo fisiologico. Nessun inconveniente ha osservato l'A., nè per quanto riguarda l'andamento del parto, nè sulle condizioni generali della partoriente, nè al punto d'iniezione. *r. s.*

La cura dell'aborto nella pratica privata.

G. Gelli, in una relazione alla *Società toscana di Ostetricia e ginecologia* (1° giugno 1919), dopo aver fatto alcune considerazioni statistiche sul numero degli aborti, che, secondo l'A., non avrebbe subito aumenti durante la guerra, espone il metodo di assistenza da lui seguito e ridotto al massimo semplicismo.

Procede all'anestesia cloroformica, solo nei casi di aborto provocato a scopo medico chirurgico, e quando le donne presentano un'eccessiva eccitazione o intolleranza al dolore. Si fa un'accurata pulizia dei genitali esterni; evitare poi di uncinare il collo uterino, fissando il corpo con la mano esterna sull'addome.

Svuotamento immediato, completo, accuratissimo e nel più breve tempo possibile, della cavità uterina, dall'uovo e dai suoi residui, con i cucchiai di Simon o di Récamier.

Stropicciamento della cavità uterina con garza bagnata di tintura di jodio, nei casi di alterazione del contenuto. Eccezionalmente irrigazione endouterine mediante cannula a doppia corrente, con soluzione antisettica (a proferenza permanganato di potassio), specialmente quando l'utero stenta a contrarsi e continua abbondante lo scolo sanguigno. L'A. non applica nessuno zaffo, nè interno nè esterno; prescrive il riposo assoluto a letto per otto giorni almeno, praticando, durante tale periodo, un'irrigazione quotidiana.

Nei casi di infezione incipiente, oltre le cura in corso, iniezione di elettrargolo e frequenti iniezioni di olio canforato; clisteri di soluzione fisiologica, dieta lattea, con aggiunta di alcoolici, acqua limonata od aranciata a volontà.

Nessuna applicazione di ghiaccio, nè di caldo sul ventre, anche se dolente o meteorico; tutt'al più delicate frizioni di una miscela di olio ed essenze di trementina. *r. s*

IGIENE.

La importanza della bonifica umana nella profilassi della malaria.

Bass (*Southern Medical Journal*, giugno 1919) raccomanda la disinfezione di tutti i malarici mediante la somministrazione di grandi dosi di chinino almeno per due mesi. La dose dovrebbe essere circa di mezzo grammo al giorno per gli adulti, rispettivamente meno per i ragazzi. La bonifica umana così praticata non solo cura i malarici ed impedisce le recidive, ma riesce benefica per la collettività perchè impedisce la trasmissione della malattia. Essendo risaputo che le zanzare si infettano succhiando il sangue degli individui malarici, quando questi vengono *disinfettati* nel senso che si distruggono i parassiti circolanti nel loro sangue, le zanzare non avrebbero modo di infettarsi.

L'A. sostiene che se tutti i malarici fossero convenientemente curati, si avrebbe una rapida diminuzione della diffusione della malattia, la quale potrebbe essere ridotta almeno del 90 % in confronto di quella che è attualmente.

La causa principale per la quale la cura dei malarici così come è ora praticata non fa diminuire la malaria, è l'uso dei trattamenti energici anche mediante iniezioni sottocutanee e intravenose di chinino le quali combattono i fenomeni in atto senza distruggere completamente i parassiti, distruzione che si può avere con l'uso continuo e lungo del farmaco. Di solito si dà chinino per pochi giorni e poi qualche preparato di chinino a dosi leggere e quindi insufficienti, ed arsenico. Bisogna convincersi che nessun altro farmaco, all'infuori del chinino somministrato *in grandi dosi continuate*, è capace di distruggere il parassita.

g. d.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1053) *Frammenti di vetro nelle vie degerenti.* — All'abb. N. I.:

1° È possibile, ma molto difficile, ingoiare, bevendo un bicchier d'acqua, dei minuscoli pezzettini di vetro. È possibile, perchè se i frammenti di vetro sono minuscoli, potendo l'acqua del bicchiere agitarsi, il vetro può rimaner sospeso.

2° Abitualmente il vetro ingoiato passa normalmente con gli alimenti dallo stomaco nell'intestino e viene emesso. Non può dar luogo a disturbi della retrobocca o dell'esofago perchè se è ingoiato sospeso nell'acqua, esso scende fin nello stomaco in questo veicolo liquido.

3° Una perforazione dello stomaco e dello intestino è quanto mai improbabile ma non può escludersene la possibilità.

4° Un buon purgante è sempre consigliabile in tali evenienze, per facilitare il vuotamento del tubo gastro-intestinale e l'espulsione del corpo estraneo.

Cfr. anche la risposta data nel fasc. 33, pag. 1002.

A. A.

(1054) Al Dott. G. B. all'abb. n. 2784:

Il suo quesito riguarda un argomento d'indole esclusivamente personale e l'uso di specialità (almeno sotto il nome accennato). Non possiamo quindi rispondere in proposito.

r. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Anile prof. Antonio. — *L'anatomia sistematica dell'uomo.* Un vol. in-8° di pag. 872. Casa editrice Elpis, Napoli, Via S. Sebastiano. Prezzo L. 30.

L'anatomia — è Hyrtl che lo ha detto — è nata in Italia e, per quanto il periodo recente appaia come una sosta nello slancio iniziale, il nostro paese rimane pur sempre la terra classica di tale scienza. E con la tradizione, armonizza perfettamente questo nuovo libro dell'Anile, italianamente concepito e scritto, nella limpida chiarezza delle descrizioni, nei frequenti richiami alle applicazioni pratiche, negli accenni alla parte artistica, nell'abbozzo di sintesi fra le aride cognizioni anatomiche, le quali acquistano così particolare vivezza, nelle nobili rivendicazioni del primato italiano in tante scoperte anatomiche, apertamente misconosciute dalla nota nomenclatura di Basilea.

Lo studente che inizia i suoi studi anatomici, il medico pratico, che ha spesso bisogno di rinfrescare le proprie nozioni, troveranno in questo ben riuscito lavoro un'ottima guida ed un efficace consigliere.

l. b.

W. Kolle e H. Hetsch. — *Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten.* V. edizione in 2 voll. in-8°. I° vol. di pag. 660 con 42 tavole policrome, fig. e carte. Urban e Schwarzenberg ed. Vienna.

Il trattato di Kolle ed Hetsch è noto al lettore italiano, per la bella traduzione che ne ha fatto il De Blasi. Durante la guerra altre due edizioni (1916 e 1919) sono state publicate con notevoli miglioramenti ed aggiunte.

Della larga esperienza, che in molti campi è

stata possibile con la guerra, viene qui tenuto conto, sicchè parecchi capitoli hanno subito modificazioni dalle prime edizioni; citiamo fra essi il colera, l'influenza, le infezioni tifose, l'edema gazoso, ecc.

Così aggiornata, quest' importante opera sarà consultata utilmente da quanti si interessano ai problemi che riguardano le malattie infettive.

fil.

The Medical Annual. A year book of treatment and practictioners index. Un vol. in-8° di 546 pag. con tavole e figure rilegato. J. Wright and Sons ed. Bristol e Londra.

In questo pregevole annuario, di utilissima consultazione, è raccolto, in brevi sunti, tutto quanto di più significativo nel campo delle scienze mediche è stato pubblicato nell'anno. Le ricerche sono facilitate da un copioso indice alfabetico. Vi sono anche riviste dei più notevoli progressi nell'ambito dell'igiene, descrizioni di nuovi apparecchi, elenchi di libri publicati nell'anno.

Le fonti citate sono per la maggior parte di lingua inglese, in proporzione assai minore in lingua francese; scarsissime e per lo più di seconda mano quelle italiane. Sul metodo Vanghetti, p. e., l'unica scoperta italiana che l'annuario tratti con una certa larghezza, è citata una sola publicazione italiana.

Nell'introduzione, dopo una rivista sugli argomenti più interessanti vi è una carica contro il sistema metrico decimale, che è adottato ufficialmente in Inghilterra, ma che i pratici ignorano tuttora. L'A. dimostra che il sistema duodecimale è il più pratico citando, a conforto della sua tesi, l'autorità degli astronomi babilonesi; dichiara di « simpatizzare con i colleghi del continente, ma non vede la necessità di dividere le loro disgrazie ». E dice che noi, non avendo la fortuna di scrivere nelle nostre ricette quei segni che sanno d'astrologia, non ci accorgevamo di essere tanto sventurati!

fil.

H. GRAEME ANDERSON. — *The medical and surgical aspects of aviation.* Un vol. in-16° di oltre 250 pag. con tavole e fig. rilegato. Frowde, Hodder e Stonghton ed. Londra. Prezzo scell. 12/6.

Le scienze mediche debbono seguire da presso le fasi dell'umana attività, se vogliono portare nella vita pratica il loro prezioso contributo. Col rapido sviluppo che l'aviazione ha preso durante la guerra, si è resa necessaria l'opera del medico per studiare dapprima gli effetti del volo sull'organismo umano ed arrivare poi allo scopo di fare una accurata selezione fra i candidati all'aviazione, in modo da eliminare quelli fisicamente e psicologicamente inetti.

La parte che tratta questo argomento è la più ampia e la più interessante del volume in esame; vi sono studiate la psico-fisiologia dell'aviazione, le aero-neurosi, fra cui l'A. isola una neurastenia degli aviatori di guerra, la genesi delle disgrazie aviatorie; queste risultano solo in minima parte duvute a difetti costruttivi, ma invece generalmente da attribuirsi ad errori di giudizio, a fatica cerebrale, a smarrimento.

Dal punto di vista chirurgico, le lesioni più frequenti sono le fratture degli arti inferiori, fra cui si può considerare come peculiare agli aviatori la frattura dell'astragalo.

Il volume è illustrato da fotografie di sinistri aviatori, e completato con un dizionarietto dei termini tecnici ed un elenco di pubblicazioni sull'argomento.

r. s.

VARIA.

Il primo mese di proibizione dell'alcool negli Stati Uniti. — Il *Medical Record* del 6 settembre 1919 riferisce che nel primo mese (luglio 1919), in cui andò in vigore la proibizione dell'alcool, il numero di arresti per delitti e trasgressioni di ogni genere nella California si è ridotto di due terzi; gli arresti per ubbriachezza nelle grandi città di questo Stato sono quasi scomparsi; a Chicago tutti i delitti sono diminuiti, salvo gli assassinî, rimasti stazionari, e le minaccie e ingiurie, lievemente aumentate; a Filadelfia il reparto ubbriachi, il quale accolse 3481 casi nel 1917 e 2326 nel 1918, è stato chiuso, e la Casa di Correzione, che negli anni precedenti aveva ospitato in media 1000 uomini e 300 donne, il 27 lugilo ne contava rispettivamente 302 e 226; a Boston si sono ridotti notevolmente gli arresti, e al tempo stesso le malattie ed i suicidi (spesso involontari o accidentali, da ubbriachezza); questi ultimi segnano una riduzione del 50 % nel luglio 1919 rispetto allo stesso mese del 1918; a New York i delitti sono diminuiti solo del 15 %; al tempo stesso vi è segnalato un forte aumento nel consumo di medicinali (molti contengono alcool e perciò sono usati come sostituti dei liquori); il reparto psicopatico del Bellevue Hospital ebbe (contrariamente alle aspettavive) un maggior numero di ricoverati, mentre in altri ospedali di New York non si notano differenze apprezzabili.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate:

Avellino. — Vivera Natale da Avellino, presidente; D'Alessandro Camillo da Flumeri, tesoriere; Lembo Giuseppe da Baiano, segretario; Moscariello Alfonso da Lioni, Tedesco Agostino da Andretta, Capobianco Giuseppe da Castelbaronia, Gallo Giovanni da Avellino, consiglieri.

Bergamo. — Daina Ugo, Bassi Smilio, Cacciamali Vincenzo, Magno Giovanni, Limonta Giovanni, Salvetti prof. Carlo, Pansera Giuseppe.

Bologna. — Silvagni prof. Luigi, presidente; Sabbatani Paolo, vice-presidente; Domenichini Giulio, segretario; Tognoli Ennio, vice-segretario; Ravà Gino, tesoriere; Busacchi Augusto, Veronesi Carlo, consiglieri.

Massa Carrara. — Verciani comm. Giuseppe, presidente; Ambrogi Michele, segretario; Micheluccini Giuseppe, tesoriere; Orsini Pietro, Riana Pietro, Chiartelli Nicola, Zondar Nicola, consiglieri.

Modena. — Guzzoni degli Ascarani prof. Arturo, presidente; Segre prof. Mario, segretario; Serafini Vincenzo, tesoriere; Boccolari Antonio, Borghi Enrico, Cariani Edoardo, Merighi Mario, oonsiglieri.

Napoli. — Sava prof. Enrico, presidente; Elia E., segretario; Laloè E., tesoriere; Capriati prof. Vito, Gianturco prof. Vincenzo, Vetere, prof. Giacinto, Taliercio prof. Annibale, Grassi Arturo, Pastena Vincenzo, consiglieri.

Porto Maurizio. — Fischetti Teodoro, presidente; Filippi Paolo, vice-presidente; Allavena Adolfo, segretario; Durand Gaspare, vice-segretario; Vivaldi Angelo, tesoriere; Mandracci Fedele, Buonsignore Giuseppe, consiglieri.

Roma. — Ballerini Enrico, presidente; Mariotti prof. Ugo, vice-presidènte; Villa Achille, segretario, Venere Ernesto, tesoriere; Arcangeli Arnaldo, De Fabi Achille, De Gregorio Carlo, consiglieri.

Rovigo. — Secchieri Arturo di Lendinara; Salvagnini Comm. Ferruccio di Adria; Biondi Emerigo di Polesella; Carrara prof. Arturo di Rovigo; Caramicola Romano di Frassinelle; Di Cola Giovanni di Ceregnano; Lucente Francesco di Costa di Rovigo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8002) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. M. da M. L'indennità caro-viveri è affatto indipendente e diversa dall'aumento del 30 % sullo stipendio in modo che non è il caso di sopprimere tale aumento per concedere la detta indennità. L'una e l'altro sono stati stabiliti da D. L. diversi, i quali, ognuno per la propria parte, debbono essere eseguiti integralmente. È vero che l'aumento del 30 % era facoltativo per i Comuni, ma dal momento che fu concesso, costituisce un diritto acquisito che non può essere revocato per nessuna causa.

(8003) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 7111. Sempre che Ella copra un posto di condotta privo di titolare ma non assente per congedo o servizio militare ha diritto alla indennità caro-viveri, in lire 65 mensili come celibe. L'aumento di assegno conseguito nel settembre non fa decadere il diritto ad ottenere tale indennità, perchè essa deve decorrere dal 1° gennaio 1919 e, perciò, era già di diritto acquisita al sanitario quando intervenne l'aumento.

(8004) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. A. da O. M. La più accredita interpretazione del Decreto Luogotenenziale rlativo alla indennità caro-viveri importa che per enti pubblici locali vanno intesi quelli esistenti nell'ambito della medesima circoscrizione comunale. Allorquando l'impiegato presta servizio in due Comuni diversi, ha diritto a doppia indennità caro-viveri, così come ha diritto a doppio stipendio.

(8005) *Supplenza di condotta interna.* — Dott. C. U. da S. S. M. Il Comune non può da sè sopprimere la condotta di campagna. Occorre per far ciò l'approvazione della G. P. A. ed il parere del Consiglio provinciale di Sanità. Allorchè fossero effettivamente e legalmente soppresse le preesistenti condotte rurali e si dovrebbe conseguentemente procedere al licenziamento dei titolari per l'intervento atto di forza maggiore, a Lei converrebbe accettare la condotta di città, se Le venisse, come pare, offerta.

(8006) *Denunzia di infortunio agricolo.* — Dott. A. P. da P. S. S. La mancata denunzia di un infortunio agricolo è punita con l'ammenda da lire 25 a 100. La relativa contravvenzione, quantunque non sia tassativamente enunciata nel numero 15 del Decreto di amnistia del 2 settembre ultimo, n. 1501, pure riteniamo possa essere

compresa nella generica dizione usata dal successivo numero 16 del Decreto medesimo. La mancanza della denunzia non importa responsabilità civile per danni.

(8007) *Abolizione della condotta piena*. — Dott. C. P. da A. Fino a quando la deliberazione consiliare con cui si abolisce la condotta piena non sia stata approvata dalla autorità competente, non è esecutoria e quindi Ella non potrà, fino a quando la detta approvazione non sia intervenuta, riscuotere compenso dagli abbienti.

Doctor JUSTITIA.

Al dott. B. A.: La Commissione per l'alienazione del materiale sanitario di guerra, presieduta dal gen. Vigliani, ha sede in Roma, via Nazionale, 75.

l. p.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Ufficio centrale per la lotta contro le epidemie nell'Europa centrale.

(Vienna I, Milchgasse N. 1).

Vienna, 9 settembre 1919.

L'Ufficio Centrale per la lotta contro le epidemie nell'Europa centrale pubblica il seguente appello:

Le epidemie che infieriscono nell'Oriente, e in particolar modo il dermotifo, minacciano l'Europa!

Non è più un focolaio che covi sotto la cenere, ma è addirittura un incendio divoratore! Non sono focolai isolati, ma sono vaste regioni che sono invase dal dermotifo e sono centinaia di migliaia di uomini che sono colpiti da miseria, da malattie e dalla morte.

Ad eccezione della Russia, sono sopratutto gli Stati costituitisi sulle rovine della fu Monarchia Austro-Ungarica e quelli vicini che sono colpiti o minacciati dalla invasione di questa malattia. Tutti questi paesi, spossati, devastati dalla lunga durata della guerra e presso che completamente impoveriti, non possono opporre con le loro sole forze una diga all'invasione della malattia che li minaccia tutti.

Preoccupati da questa grave situazione, i delegati dei diversi Stati di cui sopra, si sono riuniti per iniziativa del Comitato Internazionale della Croce Rossa di Ginevra, per un'azione comune, creando l'Ufficio Centrale per la lotta contro le epidemie nell'Europa Centrale. Essi hanno ferma fiducia che gli altri Stati europei, sia per solidarietà, sia per misura di difesa personale, vorranno unirsi a loro o quanto meno vorranno aiutarli per stabilire una barriera sanitaria contro la invasione delle epidemie e per il risanamento delle regioni già invase.

La Polonia, l'Ukraina, la Rumenia e la Serbia soffrono per l'epidemia di dermotifo, ormai divenuta nei loro paesi allo stato endemico.

In Russia vennero constatati ufficialmente, nel febbraio 1919, più di *centomila* casi di demotifo. Le vie per le quali ha luogo la più grande emigrazione di popoli, quelle del ritorno in patria dei prigionieri di guerra di tutte le nazioni, sono divenute delle vere necropoli e le regioni che esse attraversano sono invase da dermotifo, vaiuolo, scarlattina, dissenteria, che sembrano esservisi stabilite.

Con tutta la energia di cui era capace, la Polonia ha cercato di sfuggire all'invasione di queste malattie, ma le risorse sanitarie sono state impotenti contro il diffondersi delle malattie e la crescente affluenza dei prigionieri di guerra, che cercano di ritornare alla loro patria, è la causa forse maggiore della crescente diffusione del dermotifo.

Qualche cifra presa ai rapporti ufficiali può darne la prova:

Nello spazio di una sola settimana fra il 6 e il 13 aprile 1919 vennero constatati di dermotifo:

	Casi	Decessi
Nella Galizia Orientale	366	56
Nella Polonia (secondo la frontiera stabilita dal Congresso per la pace a Varsavia)	6252	259
A Varsavia	149	3

Il personale sanitario ed i medici hanno dato una considerevole proporzione di vittime.

Anche le notizie provenienti dalla Ukraina sono assai gravi: nel mese di marzo, in 31 distretti sono stati constatati 17,229 casi di dermotifo e nell'aprile ed in 21 distretti, 10,111 casi.

La mortalità si è elevata al 13-15 % dei casi colpiti. Dei distretti intieri sono stati spopolati, i medici sono morti. Dal rapporto del M. Frick, delegato del C. I. C. R., che pochi giorni dopo il suo ritorno a Vienna da una missione umanitaria nell'Ukraina, fu colpito dalla malattia, apprendiamo quanto segue:

« In un villaggio vicino a Zborow regna un silenzio di morte. Picchio ad una porta: nessuno mi risponde: apro la porta e avverto, fra gemiti e pianti la implorevole domanda di acqua da bere. A terra, coricati su paglia, vecchi, adulti e bambini, poveri corpi dimagriti, tutti colpiti dal dermotifo e scossi dalla febbre. Senza soccorso, votati alla morte, non vi è nessuno per umettare con un poco di acqua fresca le arse labbra: tutto il villaggio è pieno di malati e la morte passa da capanna a capanna ».

Dalla Serbia viene annunziata una vaga ripresa del dermotifo.

I rapporti del delegato rumeno all'Ufficio Centrale, da altra parte, fanno un ben triste quadro della situazione sanitaria nella quale versano, a causa della guerra, la Rumenia e la Bessarabia.

Il numero delle vittime della epidemia di dermotifo dall'autunno 1916 all'estate 1917 è di parecchie centinaia di migliaia.

Dal 1° febbraio al 17 aprile 1919 vennero constatati, in Rumania 33,201 casi di dermotifo e 4487 furono i decessi per tale malattia riconosciuti ufficialmente.

In Bessarabia, la media giornaliera dei casi è di 5 e 6 mila, con una mortalità del 14 al 15 %.

La maggior parte dei 2900 Comuni della Rumania sono infetti: in Bessarabia di casi altrettanto per i distretti che la compongono. Bukarest, in questi ultimi tempi registrava una media giornaliera di 580 a 590 di dermotifo.

Su circa 1600 persone che costituivano il personale medico, 258 medici e 67 infermieri sono morti, vittime della epidemia di dermotifo.

D'altra parte, in Rumania vennero constatati ben 22,682 casi di vaiuolo, dei quali 4333 ebbero esito letale.

In realtà, tutte queste cifre devono essere ben maggiori perchè nei Comuni di campagna il numero degli infermi non può essere esattamente rilevato.

Il flagello si avvicina ogni giorno più all'Europa Centrale e il pericolo diventa ogni giorno più minacciante per gli Stati dell'ovest. Gli appelli al soccorso sono sempre più vivi. I dati ufficiali e i rapporti di testimoni oculari che possiede l'Ufficio Centrale non lasciano alcun dubbio sulla gravità della situazione.

L'epidemia di dermotifo ha preso una estensione tale che minaccia di annientare la stessa esistenza degli Stati che ne sono colpiti. Un grido di appello degli Stati orientali è stato lanciato nell'aprile scorso dai delegati ufficiali della Polonia, dell'Ukraina e della Rumania. Ad essi si sono aggiunti i rappresentanti della Jugoslavia, dell'Ungheria, della Cekoslovakia, dell'Austria Tedesca, nonchè il rappresentante degli interessi delle popolazioni dei territori occupati dall'Italia.

Solidariamente essi hanno richiamato e richiamano l'attenzione la più seria sulla necessità di una azione immediata su tutta la fronte della invasione delle epidemie, utilizzando, a questo scopo, tutti i mezzi di difesa forniti dalla scienza e dalla esperienza, naturalmente col concorso degli Stati e del pubblico.

L'ufficio centrale per la lotta contro le epidemie fa dunque appello agli organi responsabili di tutti gli Stati, ai rappresentanti della civilizzazione e della scienza, come anche alle Società delle Croci Rosse di tutti i paesi per ottenere da essi una collaborazione reale ed una assistenza materiale per potere adempiere alla importante missione che si è assunto.

Il presidente: Dott. Ferrière.

L'ufficio centrale per la lotta contro le epidemie nella Europa Orientale venne, nello scorso maggio, così costituito:

a) *presidenza*:

Dott. Ferrière, vice presidente del C. I. C. R., presidente;

Dott. Mèlinski, delegato plenipotenziario della repubblica Polacca; vice presidente;

Prof. dott. Ballner, delegato plenipotenziario della repubblica d'Austria, vice presidente;

b) *assemblea plenaria*:

Dott. Okuniewski, delegato plenipotenziario della repubblica dell'Ukrajna;

Prof. dott. Goldziher, delegato plenipotenziario della repubblica Ungherese;

Dott. Sturza, delegato plenipotenziario del governo Rumeno in Bukovina, del Consiglio nazionale della Transilvania e rappresentante del Regno di Rumania;

Dott. Jurinac, delegato plenipotenziario del regno S. H. S.;

Dott. Fuegner, rappresentante della repubblica Cekoslovacca;

Dott. Palcich, rappresentante dei territori occupati dall'Italia.

c) *ufficio*:

Dott. Lamberger, sanitario capo della Società Austriaca della Croce Rossa.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Roma, nella sua seduta del 30 ott., ha proposto con votazione unanime, che a coprire la cattedra di clinica chirurgica vacante in seguito al collocamento a riposo per limite di età dell'illustre sen. prof. Francesco Durante, venga nominato il prof. Roberto Alessandri, ordinario di patologia chirurgica.

Per la cattedra di clinica pischiatrica, rimasta vacante per la morte del prof. Tamburini, il prof. Mingazzini, insegnante di materia affine, ha rinunziato ad essere designato dalla Facoltà. Questa ha fatto proposta al ministro della P. I. che sia chiamato a coprirla il prof. Sante De Santis.

Mentre facciamo ai due insigni Maestri Alessandri e De Sanctis i nostri cordialissimi rallegramenti, ci riserviamo di consacrare loro due profili nei prossimi fascicoli.

La nota del dott. V. Ghiron «Sulla malaria latente» inserita nel fasc. 38 porta erroneamente l'indicazione: Dalla *Rivista di Medicina Navale*. Il lavoro non è stato pubblicato fin'ora, che nel nostro periodico.

NOTIZIE DIVERSE.

Il secondo Congresso Italiano di Radiologia medica si è svolto a Genova dal 20 al 22 ottobre scorso. La cerimonia inaugurale ebbe luogo la mattina del 20 all'Ospedale di Galliera e consistè in un saluto del presidente della Società di Radiologia medica, prof. Vittorio Maragliano, a cui seguì quello del rappresentante dell'Ospedale. Chiuse la cerimonia una brillante prolusione del senatore Edoardo Maragliano, che definì in inspirate parole i rapporti che devono intercedere tra radiologia e clinica.

Poscia i Congressisti si recarono a visitare la mostra degli apparecchi e accessori di radiologia, che si può dire sia riuscita una grande affermazione dell'industria nazionale.

Nel pomeriggio s'iniziarono i lavori del Congresso, che per il numero degl'intervenuti, per l'importanza delle relazioni e discussioni ivi svoltesi ha dimostrato che questa nuova branca della medicina ha fatto in Italia progressi pari se non superiore agli altri paesi.

La serie dei lavori scientifici s'iniziò con una dotta Conferenza del prof. Ghilarducci di Roma sui «Fondamenti biofisici della terapia». Seguirono poi la Relazione del prof. Ceresoli di Venezia sulla «Dosimetria in radiologia» ed infine la Relazione del prof. Alessandrini di Roma sul «Quadro radiologico della tubercolosi polmonare».

Un riassunto di esse, come pure delle più importanti comunicazioni, sarà pubblicato nel nostro giornale fra breve.

Congresso Francese di Chirurgia.

Il 28° Congresso Francese di chirurgia si è tenuto a Parigi immediatamente dopo quello italiano di Trieste; vi hanno partecipato molti chirurghi italiani, belgi e svizzeri.

Presiedeva il prof. Walter.

In assenza del segretario di Stato per i servizi sanitari on. Mouries, il generale ispettore Coubert pose in luce le benemerenze acquistate dalla chirurgia durante la guerra ed auspicò che la collaborazione tra sanità civile e militare dimostratasi così feconda durante la guerra, continui nel dopo-guerra.

Le relazioni concernettero i seguenti argomenti: le lesioni traumatiche chiuse del polso, l'elioterapia nel trattamento delle ferite di guerra, gl'innesti e la chirurgia plastica, l'anestesia chirurgica, il trattamento operativo del cancro della lingua.

Tra le comunicazioni più originali furono: quella del dott. Voronoff sull'innesto di frammenti di testicoli di animali giovani in animali vecchi, i quali riacquistavano il loro vigore sessuale, grazie all'attecchimento ed all'attività del tessuto interstiziale, che elabora una secrezione interna: egli disse di sperare che questi risultati possano applicarsi all'uomo; una del dott. Barbarin, sugl'innesti ossei per il trattamento del male di Pott; una del dott. Roederer che trattò dei misfatti compiuti dai chirurghi tedeschi sui prigionieri di guerra.

Del congresso daremo prossimamente un succinto resoconto.

Per Fiume Italiana.

Appena giunse l'annunzio della votazione plebiscitaria di Fiume, nelle elezioni del Comune, per la lista nazionale fu inviato il seguente telegramma al venerando patriota, Presidente del disciolto Consiglio Nazionale della italianissima perla del Quarnaro:

Comm. dott. Antonio Grossich, Fiume.

Unione Nazionale Medici Italini, festante atteso pur sorprendente plebiscito, trae lieti auspici destini Nazione, riconferma devota ammirazione illustre valoroso collega.

Segretario Sezione Laziale: Lucangeli.

L'eminente chirurgo italiano così rispondeva:

Lucangeli, Segretario Sezione Laziale Unione Nazionale Medici Italiani, Roma.

Fiume, 29 ottobre 1919, ore 9,55.

Fede di Fiume nella stella d'Italia irriducibile. Fiume vive sicura. Plebiscito ieri dimostra al mondo sua ferma volontà e suo diritto assoluto. Abbraccio colleghi.

Comm. dott. Antonio Grossich.

Del compianto prof. Angelo Roth, morto in questi giorni, pubblicheremo una biografia nel prossimo fascicolo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.
32)

Anno XXVI — Roma, 19 ottobre 1919 — Fasc. 42
(Pubblicato il 10 novembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DA CAMPO 0141.

Studio sul sodòku.

Capitano Med. GIOVANNI BERGAMINI, direttore.

Le ragioni per le quali mi sono deciso a pubblicare questo caso sono: la rarità del sodòku, le ricerche fatte, una certa relazione con la vita al campo, i rapporti che attraverso l'eziologia spirochetica e la guaribilità per salvarsan si intravvedono fra sodòku e febbri ricorrenti.

E' notorio che il sodòku (conosciuto in Europa per merito di Frugoni) è prodotto da morso di topo: si incardina su pochi sintomi precisi: febbre ricorrente, eritema essudativo, reazione linfoghiandolare, dolori.

Successivamente ne sono stati designati come agenti causali, uno sporozoo (Ogata, Piazza, Proescher) uno streptotrix (Scottmüller, Blake Tunnicliff) una spirochete (Foutaki e collaboratori, Kitawaya e Mucoyama).

È da tener presente che non tutti gli autori hanno compiute le ricerche indicate dai giapponesi, nè tutti ricercarono negli stessi momenti della malattia: la difficoltà di ottenerne riproduzione in coltura spiega la positività o meno dei vari reperti. Si sarebbe inoltre ottenuta riproduzione della malattia in animali inoculati coi diversi agenti isolati.

La varia interpretazione dei reperti positivi probabilmente raggiungerà l'accordo attraverso l'unità dei metodi e la molteplicità dei casi.

Attualmente, per altro, ed in base alle più moderne e ben documentate ricerche, il sodòku rientra, di pieno diritto, nella famiglia delle spirochetosi e nel gruppo delle febbri ricorrenti.

Molti fatti analoghi e molti punti di contatto lo riuniscono infatti alla febbre ricorrente: l'eziologia spirochetica, la presenza della spirocheta solo alla prima fase dell'accesso, il decorso febbrile che talora, per la lunga durata, rappresenta la più tipica delle febbri ricorrenti, l'esantema che simile può aversi nella febbre ricorrente (Manson), la guarigione per terapia endovenosa di Neosalvarsan ecc. Già Kolle e Hetsch definivano la febbre ricorrente « malattia infettiva che si manifesta con accessi iniziantisi repentinamente con brivido al quale seguono parecchi giorni di febbre con piccole remissioni ed intermittenze ». E non è forse quanto avviene nel sodòku?

Da molti autori viene il sodòku avvicinato alla sifilide per l'agente causale, lunga durata,

riacutizzazioni multiple cicliche, anemia, dolori, criterio terapeutico (Borelli Crohom). Giustamente nel marzo 1918 Foutaki e collaboratori in successive pubblicazioni si spiegano il confronto colla lue, basandosi oltrechè sui suddetti criteri anche sui fatti cutanei, ghiandolari ed il risentimento di fronte al mercurio e « 606 ». Veramente importante è l'osservazione di Martinotti che, dopo l'iniezione di Salvarsan vide comparire fenomeno analogo alla reazione di Herxeimer.

Certamente esiste stretta parentela anche con l'ittero spirochetico: Roger ha fatto noto che il topo « doit être considéré comme un réservoir de virus pour l'agent enfectieux de la spirochétose ictèro hemorragique » Gabbi e Montefusco propongono pertanto di considerare l'ittero spirochetico come una febbre ricorrente. Cappellani e Frugoni occupandosi appunto dell'eziologia dell'ittero castrense (1917) scrivono « un'altra forma morbosa dovrebbe essere ormai, dacchè le è riconosciuta eziologia spirochetica, di pieno diritto classificata fra le febbri ricorrenti cioè il sodòku: malattia clinicamente rappresentata dalla più tipica febbre ricorrente a numerose e protratte riprese Il raffronto fra spirochetosi ittero emorragica e sodòku viene imposto considerando che il veicolo di trasmissione è sempre il topo, nell'una col morso, nell'altra coll'urina, che l'agente è sempre una spirocheta, che la nota fondamentale delle due malattie è un ciclo febbrile ».

Da uno studio recente del Curcio stralcio che, come nel sodòku, quanto più a lungo dura la febbre volinica, tanto più si notano irregolarità negli intervalli; inoltre può mancare l'accesso ed essere presenti gli equivalenti concomitanti (accessi ante e post ponenti). Ricordo inoltre che ambedue le malattie sono mantenute da una spirocheta, almeno a parere di molti autori (Toefner, Reimer, Cony e Deyarric de la Rivière).

Caso personale.

Soldato Sciondino Serafino, automobilista. Anamnesi famigliare e personale muta. Riferisce d'essere sempre stato gracile. Non ha mai ecceduto nei piaceri della tavola: afferma di non essere fumatore e di non conoscere la venere.

Alla fine del marzo 1919 una mattina, mentre introduceva una mano in un cassetto, fu morsicato da un topo grigio della grossezza di due pollici, che subito dopo fuggì. Il morso interessava solo la pelle, al lato interno dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice sinistro, faccia dorsale. Il paziente si medicò con tintura d'iodio. Successivamente sulla piccola ferita si vennero formando due crosticine e la lesione guarì senza dar luogo a processo suppurativo. Circa 2 settimane dopo, quando cioè la ferita era già guarita, il paziente ebbe ad urtare la mano contro un radiatore: ne derivò il distacco delle croste già essiccate. Nello stesso giorno comparve tumefazione di tutto il dorso della mano fino al polso, con dolore e rossore spiccati in corrispondenza della sede del morso. Non modificandosi questo stato di cose, anzi estendendosi il fatto flogistico all'avambraccio ed accompagnandosi a senso di prostrazione, febbre, sudori, cefalea, il paziente ottenne d'essere avviato a questo ospedale ove entrò il 17 aprile 1919, colto da forte brivido.

Esclude d'avere, prima del suo ricovero e dopo il morso sofferto per convulsioni, ittero, erpete, coliche, fatti oculari. Io vedo l'ammalato per la prima volta il 12 maggio 1919. Risulta che nel frattempo la lesione, che si era presentata a tipo cancrenoso, mediante impacchi è venuta a guarigione senza secrezione, e che l'ammalato intermittentemente ha presentato elevazioni febbrili.

E... O... Soggetto di costituzione gracile. Sviluppo scheletrico regolare, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari poco sviluppate e flaccide. Pelle bianca, con lentiggini, fisonomia vecchieggiante.

Sulla sede della morsicatura si notano due cicatrici piccole, puntiformi, non aderenti, impiantale su fondo color rosso scuro, quasi violaceo. All'intorno, detto campo, è circondato da un alone delle dimensioni d'una moneta da 5 lire, di colorito rosso vinoso.

Nella regione anteriore del torace, dalle prime arcate costali, fino agli ipocondri, con prevalenza dell'emitorace destro esistono numerose chiazze, di forma irregolarmente circolare, guttate, anulate, circinnate, della dimensione media di un soldo, di colorito rosso ciliegia. Il centro è lievemente impallidito, la periferia è un po' rilevata dal piano. Non provocano prurito.

L'esame dell'apparato linfatico mostra gangli piccoli, mobili, indolenti, disseminati a rosario alla nuca e regioni laterali del collo, aggruppati alle mastoidi, alle fosse sopra e sotto clavicolari, riuniti a pleiadi negli inguini. Sono più grossi nel cavo inguinale destro e si spingono fino all'apice del triangolo di Scarpa.

Rilevo a carico del tubo digerente: denti rari, gengive arrossate e scollate, alito fetido — nel palato non esistono eruzioni di sorta. — Il fegato e la milza non si palpano, l'addome è lievemente meteorico. L'albero respiratorio non presenta che lieve riduzione del murmure nell'emitorace di destra. Cuore nei limiti: lieve accentuazione del 2° tono nel focolaio della polmonare. Polso frequente, ritmico. Nulla di notevole a carico del sistema nervoso. Psiche integra. L'ammalato si esprime con scarsa precisione ed efficacia, risponde svogliato: è torpido. Sensi specifici squisiti. Lieve ipertrofia della tiroide. Per il decorso è a rilevarsi che ad ogni ciclo febbrile si accompagnò sempre l'eritema essudativo, rimasero invariati i gangli, mai comparvero dolori.

Le cure ricostituenti si mostrarono inutili. Venne iniettato il giorno 3 giugno 0,30 di neosalvarsan per via endovenosa. Seguì modica reazione tipo Herxeimer. Miglioramento rapido e notevole dello stato generale. Non sono più comparse poussées febbrili. Il paziente fu dimesso

il giorno 29 giugno 1919 per sua volontà. Non si prestò ad altre ricerche.

Esame dell'urina: assenza di elementi patologici; all'esame microscopico del sedimento, numerosi cristalli di ossolato di calcio, cellule epiteliali piatte delle basse vie urinarie, qualche raro cristallo di urato amorfo.

Esame delle feci: qualche uova di ascaride.

Reazione di Wassermann positiva (+++).

Esame del sangue (fatto durante accensione febbrile). Emoglobina 64 %. Globuli rossi 3,994,000. Bianchi 6,200. Valore globulare 0,82. Formula leucocitaria. Polinucleati neutrofili 69,59 %. Eosinofili 6 %. Basofili 0,60 %. Leucociti grandi e piccoli 13,60 %. Grandi mononucleati 7,00 %. Forme di passaggio 3,30 %. Ricerca spirochete negativa (colorazione col metodo di Gauthier e Giemsa).

Pressione 95 sistolica, 80 diastolica (sfigmomanometro Franchi).

sede del morso, dell'efflorescenza cutanea e della febbre.

3° L'ingorgo permanente ed immutato delle stazioni linfatiche, senza fenomeni tumultuosi, nè all'inizio del quadro, nè alle poussées febbrili successive.

4° L'assenza di ogni suppurazione.

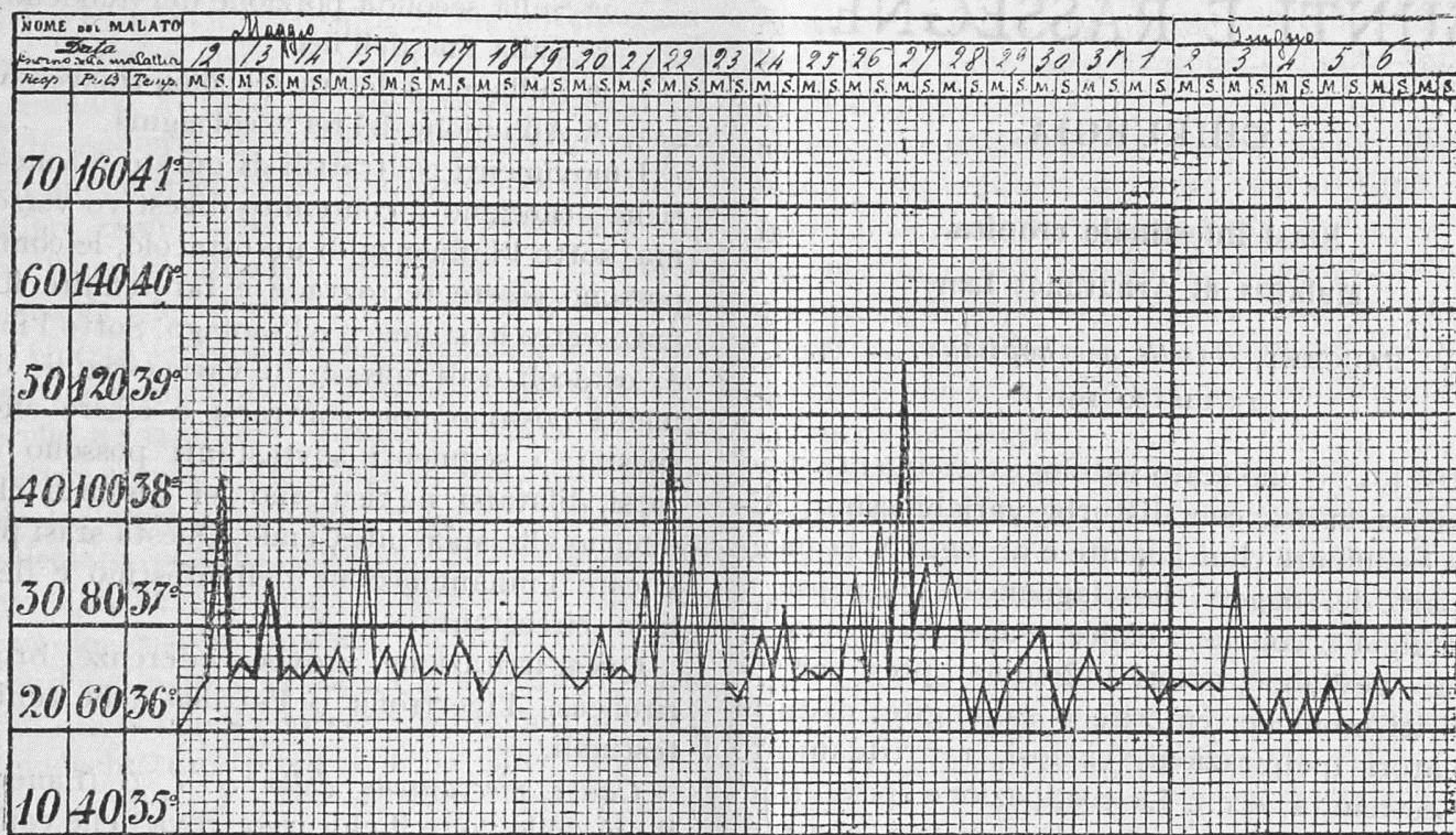
5° L'eosinofilia e l'anisocitosi.

6° Il risultato negativo all'esame del sangue per la ricerca dell'agente causale.

7° Wassermann positiva (+++).

8° Inutilità delle cure sintomatiche. Guarigione per salvarsan.

9° Nessuna prevalenza delle manifestazioni eruttive e linfo-ghiandolari sul lato sinistro colpito dal morso.



Ed ora due righe di commento.

Il caso suesposto, sebbene decorso con andamento subacuto, riunisce gli estremi necessari per la diagnosi di sodòku: morso di topo, febbre ciclica, ingorgo linfo-ghiandolare, eritema essudativo. Sorvolo sulla diagnosi differenziale; nessuna entità morbosa può essere invocata se si considera nell'insieme la sindrome in questione: solo la interpretazione di sintomi isolati può leggittimare il confronto. Credo degno di nota rilevare:

1° La purezza del caso, essendo emerso immune da tare ereditarie, da malattie infettive, da avvelenamenti od intossicazioni.

2° La comparsa ed esplosione contemporanea ad ogni ciclo, dell'esaltazione delle lesioni alla

Poche parole d'indole generale.

Il meccanismo per la produzione della malattia è un morso di topo.

Quando il morso fu dato da altri animali, questi ebbero contatti precedenti con topi.

I topi che con morso producono il sodòku, probabilmente sono malati.

Forse è necessaria una esaltazione degli ospiti abituali della bocca del topo, forse la spirocheta ha bisogno, come per la rabbia interviene nel cane, d'un ciclo nel topo, onde determinare uno stato di male le cui caratteristiche sono: l'impulso al morso e la facilità di trasmissione del sodòku.

Le deficienze dell'uno o dell'altro sintomo non infirmano le diagnosi. La febbre, l'esantema,

l'ingorgo linfo-ghiandolare, la reazione locale, talora deviano dal tipo classco, quale balza chiarissimo specialmente dalle monografie nostrane, (Frugoni, Gotti, Piazza, Zannini, Perugia, Carchidio, Martinotti, Cavina) e lavori giapponesi; ciò significa che il sodòku non è stereotipato a formula fissa, ma è multiforme, vario secondo i paesi, e le condizioni di vita e di ambiente onde assume interesse quanto si riferisce in questo campo per la patologia castrense.

N. B. — Il Capitano medico Bosisio direttore del Gabinetto Batter. d'Armata mi fu di notevole aiuto nelle ricerche compiute. Vivamente lo ringrazio.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Stasi intestinale cronica.
Malattia di Arbuthnot Lane.

(V. PAUCHET, *Gazette des hôpitaux*, n. 14, 15 marzo 1919).

La S. I. C. è uno stato patologico frequentissimo che si estrinseca con disturbi variabilissimi. Bisogna esaminare clinicamente e ai raggi X la maggior parte dei soggetti che si lagnano di « dispepsia », « gastralgia », coliche, cefalee, « anemia », « nevrastenia », nevralgie, dolori addominali presi per appendiciti croniche, enterite o salpingite; disturbi circolatori (palpitazioni, cianosi, raffreddamento delle estremità, ecc.). La costipazione spesso s'accompagna ad emissione regolare di feci, che rappresentano però la parte eccessiva del contenuto intestinale. La radioscopia deve segnalare al medico in quale proporzione vi sia ritardo nell'evacuazione della fine dell'ileo, nell'evacuazione del cieco e del colon ascendente, ecc. Se vi è coincidenza fra la stasi bismutata in uno dei segmenti intestinali e una parte dei disturbi enumerati, si può affermare che esiste auto-tossi-infezione da S. I. C.

Patogenesi. — Cause fisiologiche della S. I. C. La funzione dell'intestino dipende: *a*) dalle sue glandole mucose; *b*) dal suo sistema nervoso che forma un plesso con fibre e gangli, sottomesso alle eccitazioni dei pneumogastrici, degli splancnici e possiede, come il cuore, un automatismo proprio; *c*) dal suo tessuto muscolare, rinforzato in certi punti da fibre sfinteriche, veri « cuori intestinali », di cui le contrazioni fanno progredire il contenuto digestivo dal piloro verso l'ano. La traversata digestiva è normalmente rapida, poichè gli alimenti raggiungono il cieco in cinque ore.

La progressione delle materie nel tubo digestivo è sottomessa alla contrazione di certi segmenti che agiscono su di esso come il cuore agisce sulla circolazione sanguigna e che fanno progredire gli alimenti e le materie nella direzione dell'ano. Questi muscoli sono sottomessi all'azione del sistema nervoso, d'un sistema nervoso ad azione automatica e di cui il punto di partenza è costituito da raggruppamenti nemo-ganglionari che entrano, come le cellule e le fibre nervose del cuore, in continuità con le fibre muscolari.

Questi segmenti contrattili sono riconoscibili sopratutto:

1º Nel mezzo del piloro;
2º Sulla seconda porzione del duodeno;
3º Sulla fine dell'ileo;
3º Sulla metà destra del colon trasverso (Case);
5º All'unione del retto col sigma.

I movimenti contrattili di queste « zone sfinteriche » cacciano il contenuto digestivo verso l'ano, ma, sotto l'influenza di un ostacolo, le contrazioni possono essere retrograde e far refluire il contenuto verso lo stomaco e l'esofago. Sotto l'influenza di ostacoli o di riflessi, di varia origine, dei segmenti possono non contrarsi o essere affetti da spasmi; i segmenti sovrastanti possono atrofizzarsi, dilatarsi; ne risultano dei disturbi che conducono alla stasi intestinale. Questa stasi può provocare l'infiammazione dell'intestino e della sierosa circostante.

Quest'irritazione provoca aderenze, briglie peritoneali, l'ipertrofia o l'atrofia delle tuniche intestinali.

Cause meccaniche della S. I. C. (Lane). — Ma il più delle volte il chirurgo trova delle cause meccaniche: briglie, inginocchiature, aderenze, che spiegano il ritardo nella traversata intestinale.

La stazione verticale favorisce la caduta dei visceri addominali, ma in un soggetto normale la parete del ventre, ben muscolosa, sostiene tuttavia i visceri in equilibrio. Le gravidanze rilasciano la parete addominale, le malattie acute o croniche provocano il dimagramento, le abitudini sedentarie atrofizzano i muscoli. Così si produce lo squilibrio del ventre; il fegato, i reni, gl'intestini, lo stomaco cadono verso il bacino. Ne risulta un aumento di lavoro imposto alle pieghe peritoneali che sostengono i visceri; questo aumento di lavoro provoca la reazione dei legamenti, il loro ispessimento, la retrazione difensiva, il rinforzo dei loro foglietti con briglie cicatriziali. L'intestino che cade si piega nel punto d'inserzione, per cui

ne deriva un ostacolo alla progressione delle materie. Certo non si produce una vera occlusione, ma compaiono disturbi spesso incoscienti, perchè leggieri, ma progressivi, dovuti ad auto-intossicazione, al riassorbimento dei microbi e delle tossine, che conduce ad uno stato di denutrizione.

Sui foglietti mesenterici si vedono apparire delle briglie biancastre, degli ispessimenti, sopratutto in due punti: alla fine dell'ileo e alla fine del colon. Ne risultano due briglie peritoneali a cui l'intestino è sospeso. Queste due pieghe, che occupano l'apertura del piccolo bacino, l'una a destra, l'altra a sinistra, sono quelle che Lane chiama la prima e l'ultima inginocchiatura dell'intestino (*the first and the last kink*). Esse non sono le sole: il peso dello stomaco determina, un ispessimento del legamento gastro-epatico, specialmente del suo bordo destro, per cui ne risulta un'inginocchiatura duodeno-pilorica che rende difficile l'evacuazione dello stomaco; il peso del colon ascendente e di quello discendente, la caduta del trasverso, esagerano gli angoli splenico ed epatico; il peso di tutto l'intestino tenue sulla radice del mesentere accentua l'angolo duodeno-digiunale, ritardando l'evacuazione del duodeno che si distende e si dilata. Questa caduta dei principali segmenti intestinali, la formazione di briglie di sostegno, gli angoli che ne risultano, formano dunque le inginocchiature piloro-duodenale, duodeno-digiunale, ileale (la più importante, a 4-5 cm. dal cieco), appendicolare, epatica, splenica, ileo-pelvica, che rendono difficile il drenaggio intestinale. La pesantezza dei visceri produce la ptosi. La ptosi produce delle inginocchiature e provoca dei legamenti di difesa che accentuano le inginocchiature. Le inginocchiature producono la stasi cronica; la stasi ipertrofizza certi segmenti intestinali e ne atrofizza altri.

La distensione duodenale che si ha quando l'angolo duodeno-digiunale è fisso e aderente, la mancanza di resistenza vitale da parte del soggetto per l'autointossicazione e la dispepsia favoriscono l'infiammazione della mucosa intestinale, da principio congestionata, poi infiammata, poi ulcerata. Questa ulcerazione gastrica o duodenale può guarire senza lasciar tracce, ma può anche divenire un'ulcera cronica e produrre una stenosi. Sotto l'influenza della distensione duodenale, sopravvengono modificazioni dello stomaco; il piloro diventa spastico; la stasi gastrica dovuta allo spasmo pilorico fa sopratutto lavorare la piccola curvatura a monte del piloro, donde formazione di aderenze, di briglie fra il piloro, la colecisti e la faccia inferiore del fegato. Lo stomaco stirato, mal vuotato, mal difeso in un organismo stanco e intossicato, diviene la sede di modificazioni che variano dalla semplice congestione fino al cancro, passando per l'ulcera.

Il decubito orizzontale del soggetto, combinato al decubito laterale sinistro intermittente, diminuisce la stasi intestinale, favorisce l'evacuazione del duodeno, diminuisce la distensione duodenale e favorisce la guarigione dell'ulcera duodenale (Lane). Quest'azione del decubito è nulla in caso d'ulcera gastrica, perchè la posizione sdraiata non ha alcuna influenza sull'evacuazione dello stomaco; essa non diminuisce nè lo spasmo pilorico nè la stasi colica.

Auto-intossicazione dovuta alla S. I. C. — È la conseguenza del riassorbimento delle tossine intestinali mal drenate. L'infezione del chimo è la conseguenza del ritardo, nello svuotamento del contenuto dell'intestino tenue e dello stomaco. Tossine e microbi sono riassorbiti dalle vene e dai linfatici. L'auto-intossicazione e l'auto-infezione croniche spiegano tutti gli accidenti infettivi, generali, nervosi di cui i malati si lagnano: dimagramento, depressione, anemia, nervosismo, stato subfebbrile, enterite, appendicite cronica, emicranie, insonnia, raffreddamento delle estremità, ecc.

Dimagramento. — La prima conseguenza dell'auto-intossicazione è la scomparsa del grasso, ciò che porta ad un'apparenza di senilità precoce e accentua la ptosi.

Costipazione. — La scomparsa del grasso dal bacino ha per risultato la retroversione dell'utero. Quando la donna si sforza per evacuare il contenuto dell'intestino, spinge il fondo dell'utero congestionato verso il retto, che si trova compresso fra l'utero e il sacro. Per circolo vizioso, la stitichezza provoca la retrodeviazione e la retrodeviazione produce la stitichezza.

Rene mobile. — Avviene per la scomparsa della capsula grassosa, e può essere causa di disturbi della circolazione e dell'escrezione dell'urina.

Disturbi della pelle. — La perdita del grasso è causa di vecchiezza precoce: si ha comparsa di rughe, salienza delle ossa, caduta del seno. La pelle s'indurisce, diventa secca, si pigmenta nelle zone di pressione o di frizione, il collo prende un colore bruno-cioccolato; la pelle del ventre e delle coscie prende una tinta carica; il sudore delle ascelle e degli inguini sviluppa un odore forte; i capelli cadono; si sviluppano peli sulle guancie, sul mento e sulla faccia posteriore degli avambracci.

Anoressia. Agenesia. — L'inappetenza sessuale accompagna l'inappetenza alimentare.

Disturbi circolatori. — Le tossine agiscono sul miocardio, sui vaso-motori, sulle glandole cutanee, ecc. Le emazie sono distrutte, donde cianosi. Questi disturbi della circolazione determinano il

raffreddamento delle estremità. La pelle dell'avambraccio è ispessita, infiltrata, edematosa, cianotica, qualche volta coperta d'acne; le dita sono cianotiche e i geloni frequenti. In certi casi si può constatare tutti i sintomi del morbo di Raynaud.

Atrofia muscolare. — Il sistema muscolare degenera, i muscoli volontari diventano flaccidi e il soggetto cerca la posizione di riposo. Nell'età giovanile i muscoli atrofizzati producono deformazioni: scoliosi, piedi piatti, *genu valgum*. La parete addominale sostiene male i visceri, donde gastro-coloptosi precoce con stitichezza cronica e progressiva. La parete dell'ileo si fa sottile, bluastra, senza vita, senza contrattilità, senza azione sul suo contenuto.

Dismenorrea. — L'utero si abbassa, cade in dietro, si piega in avanti, donde disturbi mestruali.

Insufficienza cardio-renale. — I reni sono più o meno insufficienti, l'epitelio si altera, irritato dall'iliminazione prolungata delle tossine intestinali, il cuore è ora molle ora in stato d'eretismo, secondo che vi sia ipotensione (nella donna) o ipertensione arteriosa (nell'uomo).

Insufficienza respiratoria. — La respirazione è corta, sia per azione diretta sui muscoli respiratori, sia in conseguenza dei disturbi cardio-renali. La spirometria mostra che la capacità respiratoria è diminuita.

Disturbi nervosi. — L'influenza deprimente della stercoremia sul sistema nervoso è accentuatissima. Il soggetto è debole, abulico, depresso, nevrastenico, non può lavorare nè fisicamente nè mentalmente. Sono frequenti la cefalea, i vomiti, le nevralgie (del trigemino o dello sciatico), i dolori reumatoidi; l'insonnia e gl'incubi sono la regola; il sonno non è riparatore.

Stato del seno. — La mammite può servire da barometro d'intossicazione (Lane). Più tardi possono sopravvenire la degenerazione cistica del seno o il cancro.

Insufficienza tiroidea e surrenale. — La glandola tiroide diminuisce di volume fino a non palparsi più. Anche le surrenali s'atrofizzano.

Artropatie. — Le articolazioni reagiscono: reuma ismo deformante, reumatismo di Poncet, lassità articolare favorita dall'atrofia muscolare, tubercolosi osteo-articolare, ecc.

Disturbi infettivi. — L'infezione dell'organismo è precoce ed è dovuta al riassorbimento dei microbi deglutiti con gli alimenti, microbi che normalmente s'eliminano con le feci. L'infezione inizia dalla mucosa naso-faringea, sotto forma di vegetazioni adenoidi, d'ipertrofia tonsillare. I gangli del collo sono da principio infettati dai microbi banali e più tardi, nei predisposti, dal bacillo tubercolare. La mucosa buccale s'infiamma; si osserva gengivite con caduta dei denti. Le infezioni digestive sono frequenti, dall'appendicite, alla colecistite, all'angiocolite, alla pancreatite. I bacilli possono passare dall'intestino nelle urine per cui si ha bacilluria, che, nelle gravide, può essere il punto di partenza di una pielonefrite gravidica. Può osservarsi anche la tubercolosi intestinale.

La stasi intestinale favorisce la nefrite, la tubercolosi ganglionare, osteo-articolare, l'artrite reumatismale cronica, il gozzo esoftalmico, l'adenoma della mammella, dell'ovaio, tutti i cancri, la malattia di Addison (per tubercolosi delle capsule surrenali), infine tutte le infezioni croniche dell'intestino crasso (colite membranosa o ulcerosa, deverticoliti, ecc.).

Trattamento della S. I. C. e delle sue complicazioni. — Se questa malattia è poco conosciuta e mal trattata, dipende da che generalmente non è studiata all'ospedale. Un soggetto affetto da stitichezza cronica non viene ospedalizzato, perchè non si ritiene un « caso interessante ».

Quali sono i casi che devono guarire solo con l'igiene, il massaggio, la ginnastica, ecc., e quali sono quelli che devono essere operati?

La S. I. C., allo stadio iniziale, non s'accompagna a inginocchiature irriducibili, ad aderenze, a briglie, ad atrofia dell'intestino crasso. I purganti dati regolarmente alla Guelpa producono un sollievo perchè assicurano il drenaggio intestinale e provocano l'eliminazione delle tossine attraverso i reni bisogna aggiungervi l'uso d'una cintura ipogastrica, il riassorbimento quotidiano di paraffina, la ginnastica, la coltura fisica. Se il trattamento medico fallisce, bisogna ricorrere all'operazione.

L'importanza dell'operazione varia secondo i casi anatomici e funzionali. Senza dubbio può essere seducente di tagliare le briglie, le aderenze che provocano le inginocchiature, ma esse si riproducono dopo la sezione. Meglio è ricorrere subito alla ileo-colostomia con o senza colectomia. La colectomia è il trattamento di scelta: le conseguenze operatorie sono buone specie nei soggetti giovani e nella precocità dell'intervento. Se il soggetto è debole, operare in due tempi; fare da principio l'ileo-sigmoidostomia e sei mesi più tardi togliere il colon.

Tecnica della colectomia. — Purgare il malato (olio di ricino) prima dell'operazione. Introdurre in ciascuna ascella un ago che permetterà l'iniezione continua di soluzione fisiologica (2 litri).

1º Lunga incisione cutanea, a lato della linea mediana per modo da aprire la guaina del grande retto.

2º Esplorare tutto il tubo intestinale. Liberare l'intestino crasso e gli ultimi 6-8 cm. del tenue.

3º L'ileo sarà tagliato trasversalmente al termocauterio, fra due pinze di Kocher. Il colon pelvico è attirato fuori per una lunghezza sufficiente a permettere la sutura capo a capo fra la fine dell'ileo e quella dell'intestino crasso.

4º Il grosso intestino è tagliato al termocauterio fra due pinze di Kocher.

5º Assicuratosi che l'ileo non è torto, se ne porta l'estremità terminale a contatto con quella del colon pelvico per le superfici sierose. Si fa un sopragitto siero-muscolare. Si tolgono le pinze e si afferrano le aperture intestinali con tre pinze di Chaput: l'una a livello del mesentere, l'altra sul bordo libero, la terza sul labbro esterno dell'intestino, nel mezzo per tenere l'apertura beante. Si riuniscono allora le labbra dell'intestino con una sutura continua. Se il lume del retto è più grande di quello dell'ileo, prendere più stoffa là dove ve n'è eccesso per modo che arrivino ad adattarsi. Una sutura siero-sierosa al disopra della prima assicura la chiusura ermetica. S'introduce allora una sonda gastrica per il retto che raggiunga e sorpassi l'anastomosi.

6º Resterà uno spazio vuoto fra il mesentere e il meso-colon pelvico, che bisogna suturare per timore di aderenze secondarie del tenue o d'uno strozzamento intestinale.

7º Colectomia, tagliando passo passo il meso-colon ed evitando legature in massa. Curare scrupolosamente l'emostasi.

Per evitare le aderenze infiammatorie secondarie, Lane consiglia d'iniettare nel ventre, per mezzo di una sonda di Nélaton a ventre quasi chiuso, 2-3 litri di acqua salata. Quest'ascite artificiale si riassorbe in una diecina di giorni, tempo sufficiente perchè l'endotelio peritoneale si ricostituisca e impedisca la formazione di aderenze. Il drenaggio delle materie fecali e dei gas dall'intestino è assicurato dal tubo Faucher, la cui presenza mette al riparo dei dolori, delle coliche, del meteorismo, delle nausee e dei vomiti. Bisogna cominciare l'alimentazione prestissimo, perchè il soggetto è debole.

Se l'emostasi è imperfetta, se l'asepsi non è assoluta al momento delle suture intestinali, possono prodursi emorragie od infezioni che in un soggetto poco resistente possono condurre lentamente alla morte. Se si produce distensione di stomaco, per spasmo del piloro o dilatazione del duodeno, si manifestano vomiti neri; bisogna allora lavare lo stomaco.

Ileo-sigmoidostomia. — L'operatore taglia l'ileo e l'impianta sul sigma. Non ometterà mai d'introdurre un tubo di Faucher nell'ano, che sorpassi l'anastomosi e gli ultimi 20 cm. del tenue. Questo tubo si terrà per una settimana.

Emicolectomia destra. — Se il sigma non è dilatato, se non vi sono retto o colo-sigmoidee, questa emicolectomia, operazione benigna, basta. L'operatore sopprime il cieco, il colon ascendente e la metà destra del colon trasverso; libera l'angolo spemico e lo tira nel mezzo del ventre per l'anastomosi.

Risultati operatori immediati e lontani. — I risultati terapeutici non sono così costanti come quelli che si osservano dopo l'ablazione di un gozzo, d'un fibroma, d'una colecisti, perchè il più delle volte si operano malati con tessuti ed organi profondamente alterati dalla lunga durata del male, con gravi turbe del sistema nervoso, con reni, fegato, surrenali insufficienti. La più parte dei malati, però, ritrovano un sonno normale, cessano di aver dolori di ventre, di testa, ingrassano, riprendono la loro attività, una temperatura normale, una tinta chiara, ecc.

Arbuthnot Lane segnala risultati più tangibili ancora. Egli operò un malato affetto da reumatismo deformante e doloroso, datante da più anni: 24 ore dopo la colectomia i dolori cessano; qualche mese più tardi le anchilosi scompaiono e la vita ritorna normale.

In casi di tubercolosi chirurgica, d'artropatia o d'adenite tubercolare, un «corto-circuito» intestinale (anche in casi avanzati) ha dato buoni risultati, cioè la trasformazione fibrosa delle lesioni.

Un malato, affetto da erosione pustolosa diffusa della pelle ribelle ad ogni trattamento guarisce con la colectomia, col quale trattamento guarisce anche completamente una donna affetta da feroce prurito cronico delle labbra e dell'ano.

Il gozzo esoftalmico ha potuto essere modificato, e così pure le nevralgie del trigemino, il morbo di Raynaud, dopo constatazione di S. I. C. ai raggi X.

La colectomia totale fatta *d'emblée* nei soggetti molto deboli è un'operazione grave (15 p. 100 di morti). L'ileo-sigmoidostomia (3 p. 100 di morti), l'emicolectomia destra (nessun morto), la colectomia totale secondaria all'ileo-sigmoidostomia (nessun morto), sono operazioni benigne.

B. MASCI.

L'herpes corneale nell'influenza è stato osservato da Guglianetti (*Giorn. di Med. militare*, 1918 sett.). Lacrimazione e vascolarizzazione pericheratica, accompagnata da dolori nevralgici irradiati al trigemino. Dopo qualche giorno ulcerazione superficiale della cornea, a contorni policiclici, con anestesia corneale ed ipotonia del globo oculare. Evoluzione lenta, che finisce talora con opacità indelebili.

MEDICINA.

Le alterazioni del midollo spinale nella carcinomatosi.

(NONNE. *Medizinische Klinik*, 1919, n. 38).

I rapporti fra carcinomatosi e disturbi midollari sono stati poco studiati. Sono ben noti i sintomi dipendenti da compressioni del midollo o delle sue radici determinate da metastasi cancerigne delle meningi. E si sa come difficilmente si hanno carcinomi intramidollari primari o secondari; un caso ne è stato descritto da Sadelkow. Ma a parte ciò non è dubbio che la carcinomatosi può provocare disturbi midollari non dipendenti da localizzazioni neoplastiche secondarie, ma unicamente determinate da lesioni tossiemiche.

Oppenheim ha descritto un caso di mielite diffusa verificatosi in un individuo affetto da carcinomatosi: nel focolaio mielitico non si trovava nessuna cellula carcinomotasa.

Minnich in un caso di cachessia cancerigna con idremia ha trovato piccoli focolai di rammollamento. Pfeiffer nel 1895 in un caso di cancro cutaneo con metastasi ossee osservò una mielite acuta disseminata con notevoli alterazioni delle cellule e delle fibre nervose, proliferazione della glia, con assenza di alterazioni vasali. Lubarsch, che si è occupato di proposito della quistione, ha trovato nel midollo spinale dei carcinomatosi notevoli alterazioni delle cellule e delle fibre, specialmente delle radici e dei cordoni posteriori. Wallenberg in un caso di cancro del piloro nell'ultima settimana di vita osservò la sindrome di una mielite trasversa della sezione dorsale, all'autopsia si trovò invece un rammollamento edematoso simmetrico dei cordoni posteriori e laterali, che si diffondeva dal midollo cervicale fino alla porzione superiore del tratto dorsale.

Nonne stesso si è occupato del medesimo argomento in relazione ai suoi studî sulle alterazioni del midollo spinale nell'anemia perniciosa, nella leucemia, nelle anemie semplici, nel diabete. In un caso di carcinosi della colonna vertebrale secondario a cancro della prostata riscontrò un'affezione trasversa del midollo dorsale superiore, che non aveva caratteri nè di rammollamento, nè di infiammazione. Egli espresse il parere che per effetto delle tossine prodotte dalle masse cancerigne localizzate nelle ossa vertebrali si fosse determinata una degenerazione degli elementi midollari, cui egli diede il nome di mielodegenerazione carcinomatosa tossiemica trasversa acuta.

Nel 1900 Meyer descrisse un caso di cancro inoperabile dell'utero e della vescica, nel quale si ebbe più tardi una paresi spastica degli arti inferiori. All'esame microscopico si trovò una sclerosi primaria dei cordoni laterali, che egli attribuì a degenerazione tossiemica.

Nonne in questo lavoro riferisce un altro caso di lesioni midollari dipendenti dalla tossiemia cancerigna.

Si tratta di una carcinomatosi, il cui tumore primitivo era localizzato ai polmoni. Col tempo si sviluppò il quadro clinico di una mielite dorsale trasversa quasi completa. Le vertebre non erano apparentemente colpite da metastasi; la sindrome da compressione si poteva escludere. Alla sezione si trovò il cancro pulmonare diagnosticato clinicamente con numerose metastasi all'addome e nell'ottavo, nono e decimo corpo vertebrale. I corpi delle altre vertebre erano intatti. Nel canale vertebrale, nelle meningi, nel midollo stesso all'esame microscopico non si trovarono tracce di cancro. L'esame sistematico microscopico del midollo spinale dimostrò alterazioni delle fibre e delle cellule gliari nel midollo dorsale inferiore e lombare superiore nonchè alterazioni ganglionari delle cornea anteriori. Queste ultime si trovavano alterate quasi nello stesso modo ed intensità anche in altre porzioni del midollo. Non è dubbio che si tratta di un'affezione di una determinata porzione del midollo spinale la cui causa si deve ricercare in una azione tossica. Il reperto principale nel caso in esame è una lesione della glia, e ciò coincide con le osservazioni di Weigert, Pfeiffer e Lubarsch. Oltre a ciò si è osservato che quasi tutto il midollo spinale ha risentito del danno, e che solo le più forti alterazioni si presentano a focolaio ben evidenti, mentre altre alterazioni chimiche dimostrabili come semplici anomalie di colorazione si presentano sparse in tutta la sostanza bianca e grigia. Il caso in esame come quelli precedentemente pubblicati fanno sospettare che i disturbi midollari nei cancerosi, che in genere si attribuiscono a fenomeni di compressione da parte di metastasi, si devono in buona parte attribuire ad una lesione del midollo di natura tossica. Oppeneim, Hoppe, Feinberg hanno avanzata la ipotesi che le alterazioni del ricambio materiale indotte dai tumori maligni siano capaci di disturbare le funzioni del sistema nervoso centrale. Oppenheim per altro già nel 1900 aveva espresso il parere che i fenomeni cerebrali che si hanno negli individui affetti da carcinomatosi siano l'espressione di una intossicazione del cervello, anche in quei casi nei quali il reperto microscopico è negativo. Non deve quindi meravigliare se gli stessi fatti si verificano nel midollo.

È più che probabile che le alterazioni midollari siano determinate da una tossina elaborata dallo stesso cancro. Nel caso in quistione l'intestino e lo stomaco non erano colpiti da metastasi e quindi si può con una certa fondatezza escludere una intos-

sicazione per disturbi dell'apparato digerente. Resta la ipotesi di un avvelenamento da alterato ricambio materiale oppure per effetto di una tossina cancerigna. Il fatto che lesioni midollari si trovavano nel caso in esame alla stessa altezza delle vertebre colpite dalle metastasi valorizzerebbe questa ipotesi, in quanto che si potrebbe pensare che è stata maggiormente danneggiata quella parte di midollo più vicina alla sorgente del tossico. Se si fa una rivista della letteratura si trova che i casi di disturbi midollari (prescindendo beninteso dai disturbi di compressione) sono più frequenti quando la metastasi colpisce le vertebre, e sono per intensità e diffusione proporzionali alla diffusione della carcinomatosi vertebrale.

Dr.

SIFILOGRAFIA.

La questione degli apparecchi di vetro negli accidenti da neo-salvarsan.

(GOLAY. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, settembre 5919. Vol. VII, n. 7-8).

Sono noti gli accidenti più o meno precoci che possono sopravvenire dopo una o più iniezioni di neo-salvarsan. Malgrado le affermazioni di Ehrlich e di altri, bisogna credere alla tossicità propria del preparato anche quando sia somministrato con prudenza, secondo le regole ormai note, ed in soggetti con reni e fegato clinicamente sani. Non bisogna peraltro esagerare ed occorre invece tener presente la tossicità che può derivare dal modo con cui si fa l'iniezione (tossicità meccanica), dall' acqua distillata che serve a preparare l'iniezione e finalmente dal neo-salvarsan ossidato che resta aderente agli strumenti dopo ciascuna iniezione.

Fleig insiste sugli accidenti meccanici per difetti di tecnica al momento della iniezione, consistenti sia in un eccesso di concentrazione della soluzione, sia ad un'eccessiva rapidità dell'iniezione stessa. D'altra parte Milian ha segnalata l'emoglobinuria provocata dall'acqua distillata e Ravaut, per diversi motivi, di cui il principale sembra essere il timore di una emolisi, raccomanda di non impiegare che soluzioni concentrate. Secondo l'autore sarà opportuno adoperare soluzioni di almeno 2 cm. cubici per dose: così, p. e., 4 cm. cubici per la dose II^{a} e 10 cm. cubici per la dose V^{a}, e di procedere sempre *lentamente* nel fare l'iniezione; precauzione questa che sembra essere di gran lunga la più importante, per evitare la brusca penetrazione nell'organismo di un medicamento che può essere venefico.

Agli accidenti di ordine meccanico bisogna aggiungere quelli provenienti da impurità dell'acqua distillata, di natura organica od inorganica. Wechselmann attribuisce alcuni effetti spiacevoli delle iniezioni di neo-salvarsan a cadaveri batterici sospesi nell'acqua: altri hanno pensato a germi originati da spore che non erano state distrutte dalla sterilizzazione, onde il precetto di non adoperare se non acqua distillata di recente.

L'acqua, poi, può contenere traccie di sostanze inorganiche provenienti dall'apparecchio distillatore (piombo, silicati alcalini, sali di calcio, di magnesio, di rame), la cui importanza nel provocare accidenti tossici è peraltro molto problematica.

Al contrario, tutti i sifilografi sono concordi nel riconoscere una grande tossicità al neo-salvarsan che sia rimasto esposto all'aria e siasi ossidato. Si raccomanda perciò sempre di non adoperare fiale incrinate, il cui contenuto potrebbe essere alterato, il che del resto è facile riconoscere dal colore più scuro del prodotto. Ma il neo-salvarsan si ossida soprattutto fuori della fiala e perciò bisogna adoperare soluzioni preparate al momento della iniezione. Ciò malgrado, può accadere che, dopo ciascuna iniezione, una quantità non trascurabile del medicamento resti aderente agli strumenti anche quando siano in seguito lavati e sterilizzati. Una parte almeno di questo prodotto ossidato viene allora assorbito dall'acqua della iniezione successiva e può produrre dei gravi accidenti. È necessario perciò assicurarsi prima di ogni iniezione che la siringa e l'apparechio che si adoperano siano stati assolutamente sbarazzati dai residui del neo-arsenobenzolo della iniezione precedente. Il prof. Oltramare ha potuto scoprire una reazione sensibilissima per rivelare quantità infinitesime del prodotto nell'acqua distillata, che precipitano con il nitrato di argento al 2 o 4 %, sotto forma d'arseniato di argento, di colorito bruno o nero-violaceo a seconda che si adopera una quantità insufficiente od un eccesso di Ag No^{3}. La reazione è sensibilissima potendosi verificare in modo apprezzabile anche con una soluzione di neo-salvarsan ad 1/100,000,000.

Ora l'autore ha osservato che dopo aver lavata la sua siringa quattro, cinque volte, l'acqua dell'ultimo lavaggio prendeva, in presenza dell'Ag No^{3}, una tinta corrispondente presso a poco ad una soluzione di neo-salvarsan all'1 per 100,000. Sembra che il prodotto tedesco aderisca al vetro più fortemente che non quello Billon.

Prima dunque di sterilizzare è necessario lavare più volte con acqua distillata la siringa e il recipiente in cui si fa la soluzione, sino ad

ottenere una reazione completamente negativa dell'acqua di lavaggio. Questa reazione dev'essere ricercata in una provetta a parte e non direttamente negli strumenti che si adoperano per l'iniezione, giacchè la presenza del precipitato nel liquido da iniettare potrebbe avere spiacevoli conseguenze.

V. MONTESANO.

CONGRESSI.

XXV Congresso di Medicina interna - Trieste.

COMUNICAZIONI.

Prof. ASCOLI VITTORIO. — *Sulla cosidetta encefalite letargica.*

L'O. ne ha osservati due casi che si assomigliano tanto da consentire di riferirne i dati: precedette di circa un mese un attacco di influenza (?); la malattia iniziò con febbre di qualche giorno, non grave, al cui inizio si presentarono sonnolenza, ptosi bilaterale delle palpebre, catatonia. I tre gruppi di fenomeni si protrassero per qualche mese attenuandosi a mano a mano, fino a scomparire; ma i due soggetti non sono tornati mai finora (cioè 6-7 mesi dopo), in condizioni normali. Infatti sono rimasti come intontiti, facili al sonno, ingrassarono, presentarono dolori muscolari e disturbi trofici della cute.

L'O. riferisce che appena resa nota tale malattia nella clinica di Roma, altri casi (pochi, in verità), ne vennero descritti in città e vicinanze. Così che può ritenersi essersi trattato di una ristretta epidemia nel Lazio.

L'O. esamina i tre gruppi di fenomeni nel loro comportamento clinico e l'evoluzione loro, per concludere che tale encefalite è malattia grave, in quanto o ha esito letale (un quarto dei casi) o lascia postumi che perturbano assai la individuale capacità al lavoro.

Si occupa dell'anatomia patologica, che riporta la forma al gruppo delle polioencefaliti di Wernicke e discute della natura, concludendo che con probabilità la malattia è in rapporto coll'influenza.

PACE. — Ha osservato casi di influenza con gravi manifestazioni nervose e con alterazioni del liquilo cefalo-rachidiano. Chiede al professor Ascoli quali risultati abbia dato l'esame del liquido cefalo-rachidiano nei suoi casi.

ASCOLI V. — Ringrazia il Pace di dargli motivo di intrattenersi un momento sull'esame del liquido cefalo-rachidiano. Nella fretta dell'esposizione l'aveva trascurato. Una forte differenza fra l'encefalite e le sindromi nervose da influenza, consiste nel fatto che in queste il liquido presenta molte alterazioni, mentre non ne presenta in quella. Del resto anche la sintomatologia è del tutto diversa nei due gruppi di casi.

SILVESTRI SILVESTRO. — *La cinconina nella cura della malaria.*

L'A. ha sperimentato in numerosi malarici con infezione maligna e benign a l'azione del solfato neutro di cinconina ed ha riscontrato sempre l'azione specifica di questo alcaloide.

La cinconina fu bene sopportata dai malati, somministrata anche a lungo, alla dose di grammi 1-1.5-2 al giorno. Talvolta alla dose di due grammi qualche malato accusò una speciale cefalalgia con sede a preferenza nella parte anteriore del capo, senso di oppressione, secchezza alle fauci. Questi disturbi, però sempre lievi, non si sono mai notati quando pur somministrando quantità giornaliere di gr. 1.5-2 la quantità era frazionata in dosi di gr. 0.5.

Nella massima parte dei casi dopo la prima dose l'accesso febbrile scomparve e nel sangue circolante non si rinvenivano parassiti. Le recidive si comportavano come nei malati curati con chinina.

Dalle osservazioni cliniche dell'A. risulta quindi che la cinconina può essere utilmente sostituita nella cura della malaria alla chinina ed usata alle stesse dosi.

SILVESTRI SILVESTRO. *Contributo allo studio della funzionalità renale nelle nefriti.*

L'A. esamina le varie proposte per lo studio della funzionalità renale e rileva come la prova della *concentrazione* e della *diluizione* e la prova dell'*azoturia sperimentale* possono dare criteri utili per giudicare della capacità funzionale dei reni.

Anche la *determinazione della urea del sangue fornisce* un criterio diagnostico molto utile, non ritiene però l'A. che dai valori dell'azotemia si possa sempre stabilire un prognostico assoluto. Ad ogni modo non bisogna contentarsi di una sola ricerca e di un solo metodo: troppi valori extra renali entrano in giuoco nella funzione renale e possono quindi essere causa di errore. Talvolta si può notare in esami saltuari e non metodici una netta dissociazione fra il reperto clinico ed anche anatomo-patologico ed i risultati delle prove funzionali.

Le prove funzionali vanno quindi ripetute usando contemporaneamente metodi diversi e solo allora la conoscenza dello stato della funzionalità renale acquista un valore molto più sicuro.

Il prof. CARRERAS comunica su di *un caso di aneurisma aortico.*

Il dott. LOMBARDI su di *un caso di morbo ceruleo con riguardi alla malaria.*

Il dott. RUGGERI su *un caso di endocardite maligna a decorso lento.*

Il prof. GIUFFRÈ *sull'allenamento del cuore.*

Il dott. APOLLONIO presenta un interessante *caso di acromegalia* cominciata a 27 anni.

Il prof. MORELLI parla sulla *cura della tubercolosi col metodo Forlanini.* Espone le cause per cui il metodo fu finora poco adoperato: la poca pratica sull'uso dell'apparato e la poca sicurezza sull'epoca opportuna per intervenire.

Il prof. DEVOTO sostiene che l'intervento deve essere precoce perchè sulle forme iniziali si può avere un'utilità dall'applicazione del metodo.

***

Il prof. MARAGLIANO pronunzia il discorso di chiusura riassumendo i punti essenziali trattati dal congresso. Ringrazia quanti hanno voluto intervenire e in modo speciale il dott. Cofler che seppe tutto sapientemente organizzare.

Manda un saluto al prof. Cardarelli.

Quindi scioglie il Congresso e annunzia Roma come sede del prossimo Congresso.

Dott. GHIRON.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Torino.

Seduta dell'11 luglio 1919.

Traumatismi mascello-facciali.

G. SERAFINI. — Sulla scorta di numerose fotografie e radiografie riferisce sui traumatismi mascello-facciali da lui osservati ed operati nel reparto feriti mascellari dell'Ospedale militare principale di Torino.

I. *Sulla deviazione del corto frammento mandibolare nelle fratture della branca orizzontale della mandibola e sulla trazione scheletrica a pesi.* — Premesso che l'accordo degli autori non è completo circa la deviazione del corto frammento mandibolare il quale, secondo alcuni, devierebbe verso l'interno e secondo altri verso l'esterno, oltre che in alto ed in avanti, il disserente crede, in seguito a misurazioni su numerosi cranii normali dell'asse bitemporale e bicoronoidea, che la azione del muscolo temporale sia oltre che quella di innalzare il corto frammento, anche quella di deviarlo lateralmente.

Nei casi in cui la differenza tra i due predetti diametri è scarsa, può prevalere l'azione del muscolo pterigoideo esterno ed allora la deviazione del frammento sarà mediale. Osservazioni cliniche da lui riferite consolidano tale modo di vedere: essere cioè il muscolo temporale, nel suo complesso, oltre che innalzatore del corto frammento mandibolare, anche deviatore di esso all'esterno. In parecchi casi di tali fratture, il S., d'accordo cogli stomatologi del Reparto, professor Baggio e dott. Monetti, ha applicato sul corto frammento la trazione scheletrica a peso ottenendo ottimi risultati e raggiungendo lo scopo di poter applicare sul grande frammento delle protesi le quali tenevano agevolmente abbassato il breve frammento.

II. *Sul bloccaggio.* — Questo metodo permette la guarigione di fratture comminutive con distruzione grave di sostanze della mandibola; l'articolato dentario persiste normale ed il callo mandibolare si forma in un periodo di tempo relativamente breve. L'indicazione del trapianto osseo viene ristretta dal bloccaggio, il quale costituisce il metodo di cura ideale per certe fratture come quella di Guérin e la disgiunzione craniofacciale di cui vengono presentati due casi, uno dei quali complicato da disgiunzione intermascellare, guariti tutti perfettamente col bloccaggio.

III. *Sulla cheiloplastica, meloplastica, rinoplastica, palatoplastica.* — Premesse alcune considerazioni generali sulle plastiche delle labbra e del volto, il disserente riferisce sopra un interessante caso di meloplastica nel quale la guancia venne ricostituita mediante lembo cutaneo cellulare raddoppiato tolto dal braccio; sopra una palatoplastica nella quale venne ricostituito il palato mediante utilizzazione dei residui osteomucosi del palato stesso e di un lembo di mucosa della guancia; sopra alcune rinoplastiche delle quali una totale praticata col processo di Nélaton con eccellente risultato funzionale ed estetico.

IV. *Sul trapianto di fascia lata per correzione di deformità del volto da paralisi traumatica del facciale con edema cronico della guancia.* — Riferisce sopra un interessante caso di trapianto di fascia lata nello spessore della guancia allo scopo sovradetto ottenendo un risultato estetico perfetto. Il metodo applicato finora molto raramente nelle plastiche del volto, può dare ottimi risultati; la fascia lata è ben tollerata, sospende la guancia e corregge la deformità paralitica.

V. *Sulle fistole salivari traumatiche.* — In un grande numero di casi ha osservato la guarigione spontanea. Parla dei risultati ottenuti con svariati metodi terapeutici dagli autori. Riporta le

recenti ricerche di Ferrarini sul metodo di disinnervazione della parotide secondo Leriche ed esprime la speranza che l'iniezione di alcool assoluto nel foro orale possa arrestare la funzione secretrice della parotide, come il collega di Clinica dott. Stropeni ha osservato e come questo autore riferirà al più presto. Accenna ad esperimenti propri di trattamento della parotide mediante i raggi X sui quali non può, per ora, venire a conclusioni definitive.

VI. *Sulla protesi immediata.* — Tratta dell'indicazione dell'applicazione della protesi immediata e presenta le radiografie di un caso nel quale tale applicazione in seguito a sequestrotomia della branca montante della mandibola, condilo compreso, per fenomeni infiammatori, ha permesso la perfetta rigenerazione del segmento osseo con normale articolato dentario.

VII. *Sulla correzione dell'articolato dentario.* — Presenta alcuni casi di correzione di cattivo articolato come postumi di lesioni della mandibola per ferite da arma da fuoco e tratta della distensione del callo, dell'avulsione dei denti e della osteotomia sinfisaria nella mascella di serpente richiamando l'attenzione sulla osteotomia obliqua dissociante il tavolato anteriore dal posteriore, la quale ha lo scopo di permettere ancora il reciproco contatto tra i frammenti distanziati.

VIII. *Sui corpi estranei infissi nello spessore della lingua.* — Parla della tolleranza della lingua rispetto a proiettili ed a denti infissi in essa, e ne illustra alcuni casi. Insiste sul valore della radiografia la quale in fatti infiammatorii cronici permette di non cadere nell'errore che si tratti di neoplasma della lingua, errore di cui esiste qualche esempio nella letteratura con conseguenze terapeutiche disastrose.

IX. *Sul serramento della mascella.* — Ha trattato un numero molto grande di pazienti mediante l'applicazione di doccie di caucciù tenute divaricate da molle di acciaio graduabili nella loro forza divaricatrice. I risultati furono buoni. Descrive un caso di serramento mascellare da blocco osseo formatosi in seguito a ferita da pallottola in corrispondenza della regione zigomatica, molare e coronoidea. Il serramento datava da più di tre anni e la guarigione fu ottenuta mediante l'operazione di Rochet (osteotomia in corrispondenza dell'angolo della mandibola ed interposizione tra i due frammenti di fasci del muscolo massetere).

X. *Sul trapianto di cartilagine costale allo scopo di plastica della regione orbito-frontale.* — Presenta le fotografie di due casi di grave lesione scheletrica della regione orbitale superiore con asportazione del bulbo oculare e lesione della palpebra superiore.

Il trapianto di segmenti di cartilagine costale ha permesso di ricostituire molto bene l'arcata orbitaria. Fa alcune considerazioni sul valore plastico di questi trapianti e sulla tecnica di essi.

PIETRO SISTO.

Società Medica di Parma.

Seduta del 20 maggio 1919.

Presidente: Prof. L. RONCORONI.

La reazione di E. De Silvestri in svariate malattie dell'infanzia.

O. COZZOLINO. — L'O. ha saggiato tale reazione in oltre 120 bambini, mettendola sempre in raffronto con la diazoreazione di Ehrlich. Distingue tre gradi nell'intensità di detta reazione.

Nel primo grado si ha solo formazione di una nubecola bianco-grigiastra senza apprezzabile alone bruno e corrisponde al reperto di urine di soggetti sani. Gli altri due gradi di intensità maggiore occorrono sempre nell'urine di soggetti malati.

L'O. trova che la reazione, che è in generale più delicata della diazo, acquista un valore diagnostico preminente nelle infezioni tifiche e paratifiche sia per la costanza, sia per la precocità, sia per la maggior persistenza, sia per la sua comparsa anche nelle recidive. Nelle predette infezioni adunque la reazione di De Silvestri è di una indiscutibile superiorità tanto sulla diazo che sulla reazione meno sensibile di M. Weiss.

Nella tubercolosi il suo valore è identico presso a poco a quello della diazo, e cioè ha solo significato prognostico di gravità nelle forme avanzate cavernose e cachetizzanti.

Contributo allo studio radiologico della spondilo-listesi.

ROSSI A. — L'A., ricordato come lo scivolamento della quinta vertebra lombare sul piano basilare del sacro rappresenti uno dei vizî congeniti del rachide più gravi, meno frequenti e che facilmente passano indiagnosticati scambiandoli con le affezioni più comuni, quali il morbo di Pott, la scoliosi rachitica e ischiatica, dimostra la necessità di volgarizzare la conoscenza anche di questa categoria importantissima di malformazioni, per l'importanza loro nella clinica, nella terapia e nella pratica medico-legale. Unico mezzo sicuro di diagnosi è l'indagine ra-

diografica accuratamente eseguita ed oculatamente interpretata; i dati clinici, che l'A. espone accuratamente per i suoi casi, sono di alto valore, ma non bastano, il più delle volte, per distinguere una spondilo-listesi congenita da una d'origine patologica. Su circa cinquecento individui affetti da sofferenze del tratto lombo-sacrale, l'A. ha osservato cinque casi di questi vizi congeniti, dei quali quattro bilaterali ed uno monolaterale. Presenta dei nitidi radiogrammi e li illustra, esamina le cause che hanno determinato o coadiuvato la comparsa delle manifestazioni cliniche, ricorda la patogenesi, e mette in rilievo l'importanza del fattore trauma, che con grande frequenza è intervenuto nei suoi casi. Discute infine della valutazione della residua capacità lavorativa di un infortunato a rachide congenitamente malformato.

Le spondiliti post-traumatiche.

GAMBARA L. — L'A. dimostra come, esaminando all'indagine radiologica i traumatizzati del rachide qualche tempo dopo il trauma, si possano mettere in rilievo, nella sede del trauma od anche in punti più o meno lontani, delle alterazioni ossee che spiegano la dolorabilità della colonna, e sopratutto, la limitazione, qualche volta tardiva, della mobilità del rachide. Nei radiogrammi queste neoformazioni ossee si presentano sotto forma di *ponte* o di *festone* che tendono a saldare fra di loro i corpi delle vertebre lese o di quelle vicine od ancora, qualche volta, di quelle lontane; le varie proiezioni ed i radiogrammi stereoscopici dimostrano come i ponti ossei si formino ai lati dei corpi vertebrali.

L'A. illustra con nitide proiezioni i radiogrammi di alcuni casi osservati nell'Istituto di Radiologia ed Elettroterapia dell'Ospedale Maggiore. Nel primo caso una frattura dell'arco posteriore della IV vertebra lombare, guarita con la formazione di due ponti ossei ai lati del corpo vertebrale che lo saldavano con quello della V; nel secondo, in seguito a ferita da palletta di skrapnell nella regione lombare sinistra con permanenza del proiettile nei muscoli profondi della parete posteriore del dorso, all'altezza della II v. a circa 6 cm. dalla linea spinosa, la formazione di un ponte osseo che riuniva il corpo vertebrale della I e II v. lombare dal lato sinistro; nel terzo, in seguito a ferita da palletta di skrapnell alla natica destra con perforazione dell'ala dell'ileo, frattura dell'apofisi trasversa di destra della V lombare e permanenza del proiettile al davanti della radice del processo laterale della IV lombare, la formazione di un ponte che unisce il corpo della III e IV lombare dal lato destro; nel quarto (come esempio di osteofitosi a distanza) illustra un fratturato della gamba nel quale, dopo più di due anni, si rileva la formazione di un osteofita a forma di becco alla faccia plantare del calcagno, mentre negli esami fatti precedentemente tale neoformazione non era osservata.

L'O. dopo aver rilevato i caratteri radiologici e clinici che differenziano queste forme di spondiliti da quelle generalmente note e specialmente da quella che più da vicino la ricorda, cioè dalla « spondilite cronica osteofitica » (Teissier. Troque, Léry, Rossi A.), conclude rilevando come queste osservazioni siano utili per meglio chiarire manifestazioni dolorose che potevano esser considerate esagerazioni o simulazioni, ed inoltre per valutare più esattamente l'infermità residuata nei pazienti e per il trattamento da instituire specialmente con la fisioterapia.

Intorno ad una particolare forma di febbricola.

U. GABBI. — L'O. ha raccolto 90 casi di febbricola manifestatasi esclusivamente in donne nel periodo della sua permanenza in Sicilia e in Calabria. Descrive i caratteri con cui tale febbricola si manifesta e come decorre, e la sindrome clinica molto varia che l'accompagna senza mai nessun positivo reperto obbiettivo. Afferma di aver trovato sempre in tutte queste donne delle precise stigmate isteriche, e un'ereditarietà compromessa sopratutto dal punto di vista dell'uricemia. Espone come egli sia riuscito a guarire molte di queste donne con la persuasione, e qualche volta con piccoli inganni terapeutici.

Egli crede poter affermare che tale forma di febbricola sia di natura isterica, per cui accanto alla forma classica della febris isterica è da collocare questa forma di febbricola isterica, importante a conoscersi sopratutto in riguardo alla prognosi, che è sempre favorevole.

Egli crede anche di poter affermare che tale forma è assai più frequente nella Sicilia e nella Calabria che non nelle regioni più al settentrione, e dà una qualche spiegazione di questo fenomeno. Discute infine sulla patogenesi, per cui egli ritiene che tale forma sia prevalentemente legata a disturbi vasomotori per diminuita dispersione di calore. Tali disturbi vasomotori, aggiunge, possono anche essere messi in rapporto con alterata funzionalità di glandole a funzione endocrina e più particolarmente del surrene.

A. VAL.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il segno dell'ottusità ascellare nella diagnosi delle affezioni pleuriche.

Mouriquand (*Presse médicale*, 1919, n. 17) osserva che per apprezzare bene questo segno conviene ben delimitare la regione ascellare. L'ascella dal punto di vista medico si estende dal fondo del cavo ascellare fino alla linea orizzontale che passa per il capezzolo: in avanti è limitata dalla linea ascellare anteriore, in dietro à quella posteriore.

Questa è la regione ascellare propriamente detta, la quale dalla linea ascellare media è divisa in due segmenti, anteriore e posteriore. Al di sotto della linea mammillare trasversa trovasi la regione sottoascellare, la cui risonanza normalmente si estende a circa tre dita al di sotto di questa linea, sostituita più in basso rispettivamente a destra ed a sinistra dalla ottusità epatica e dalla risonanza gastrica.

In base a numerose osservazioni Mouriquand ha potuto stabilire che in condizioni patologiche della pleura la ottusità della regione ascellare si comporta nei modi seguenti:

a) assodata la esistenza di un'ottusità posteriore, la presenza di un'ottusità ascellare, ed anche sottoascellare, fa supporre la esistenza di un processo pleurico;

b) nelle affezioni toraciche acute o sub-acute la ottusità ascellare propriamente detta, nei tre quarti dei casi, depone per la presenza di liquido. specie quando il livello della ottusità ascellare oltrepassa in alto quello della ottusità posteriore; la presenza di ottusità sottoascellare solamente depone per la esistenza di liquido solo nella metà dei casi;

c) la constatazione di queste ottusità deve in ogni caso indurre a praticare una puntura esplorativa che, rivelando la esistenza di processi pleurici infettivi, permette un sollecito intervento chirurgico.

L'esame dell'ascella rende conto anche della mobilità del liquido nei versamenti siero-fibiniosi poco abbondanti, che arrivano fino a livello della punta della scapola. Quando l'infermo è coricato si ha ottusità nel quadrante posteriore dell'ascella e nella regione sottoascellare; in posizione seduta l'ottusità diminuisce nella parte più alta nel quadrante ascellare posteriore, ma diviene più marcata ed appare più alta nella parte bassa del segmento ascellare anteriore, che in posizione coricata, conserva la propria risonanza. Nei versamenti più abbondanti l'ascella è nettamente ottusa.

A differenza di quanto avviene nelle affezioni pleuriche, nei processi di epatizzazione pulmonare il livello di ottusità ascellare è meno alto che al dorso. Oltre a ciò in quest'ultimo caso la linea di ottusità si inclina in avanti ed in basso, mentre nei versamenti pleurici ha una convessità in alto.

dr.

Un segno per la diagnosi precoce delle pleuriti toraciche.

La pleurite è una frequente complicazione del pneumotorace artificiale. Queste pleuriti pneumotoraciche possono decorrere, come le comuni pleuriti siero-fibrinose, o acutamente o in modo subdolo. La diagnosi precoce, possibile e facile nel primo caso, è assai delicata nel secondo. In queste condizioni ad essa si giunge o con l'indagine radioscopica o studiando il comportamento della tensione del gas iniettato. Si vede, cioè, al comparire di un versamento pleurico, che la tensione del pneumotorace anzichè diminuire per un costante e graduale riassorbimento va invece aumentando. Tale aumento di tensione è proporzionale, e quindi più o meno manifesto, all'entità del versamento.

Il dr. Azzo (*Riv. crit. di clin. med.*, 24-V-1919) ha fatto ultimamente conoscere un nuovo segno per la diagnosi precocissima di pleurite pneumotoracica, consistente nella insolita rapidità, in un primo tempo, del riassorbimento del gas quando sta per iniziare una pleurite. In certi casi può giungersi fino alla ricomparsa del murmure in un'epoca in cui tale evenienza non è ancora possibile.

Dopo la persistenza assai varia di questi fenomeni (alcune volte fugace, altre volte della durata di qualche giorno) si notano i segni dell'aumento di tensione del gas e quelli noti di un versamento pleurico.

In molti casi si vede che, pur essendosi constatata la detensione del gas, non si aggiungono, in seguito, fenomeni fisici di una raccolta liquida. Si tratta allora però non già di un errore da attribuirsi alla fallacia del segno accennato ma dello stabilirsi, invece che di una pleurite con versamento, di una pleurite secca, come, togliendo completamente il gas, l'A. ha potuto constatare.

La ragione del fenomeno andrebbe ricercata nella maggiore quantità di gas che viene ad esser riassorbito attraverso i vasi iperemici della sierosa infiammata; tale maggiore attività di riassorbimento l'A. ha sperimentalmente constatato verificarsi nel primo periodo dell'infiammazione dei tessuti.

D. M.

Un nuovo segno per la diagnosi dei tumori pleuro-mediastino-pulmonari.

Se ne occupa Raul Novaro nella *Revista de la Asociatiôn médica Argentina* (1919 aprile-maggio).

La diagnosi di cancro pleuro-mediastino-pulmonare si poggia su un complesso di sintomi che nella maggioranza dei casi sono molto evidenti: *a*) infiltrazione pulmonare progressiva con dispnea, perdita di forze, apiressia, deperimento generale ed infine cachessia caratteristica; *b*) dolori toracici intensi e costanti, resistenti ad ogni trattamento; *c*) persistenza di un versamento emorragico con aspetto simile a quello del sangue venoso, semiliquido, o anche semplicemente siero fibrinoso, il cui svuotamento non mitiga il dolore, nè modifica la dispnea; *d*) espettorato, quando esiste, sanguinolento, di color verde o di aspetto grassoso; *e*) raucedine per paralisi del ricorrente; *f*) sintomi dipendenti dalla compressione degli organi del mediastino.

Ma non sempre questo complesso di sintomi è completo. In parecchi casi l'affezione decorre in forma anormale con sintomi e segni poco evidenti per modo che la diagnosi riesce molto difficile, anche quando si sia ricorso agli esami radiologici o alle prove biologiche. In effetti il cancro del pulmone può svilupparsi senza alcuna alterazione scheletrica e d'altra parte può provocare modificazioni della gabbia toracica che non sono patognomoniche. Così nella forma pleuritica della neoplasia in rapporto al versamento pleurico una parte del torace può essere più pronunciata; come nella forma bronco-pulmonare si può avere retrazione totale o parziale, o rallentamento dei movimenti della metà del torace: nella forma mediastinica si può avere ingorgo delle vene del collo, edemi, disfagia, cianosi, ecc. Ma questi stessi sintomi possono essere presenti in altre affezioni pleuro-pulmonari e cardio-vascolari. È ben vero che si hanno segni di percussione e di ascoltazione che hanno una grande importanza per la diagnosi, ma essi non sono costanti e possono essere scambiati con i segni comuni di un versamento pleurico o di un processo bronco-pulmonare.

Fra tutti i segni di cancro pleuro-mediastinico-pulmonare o pleuro-pulmonare l'A. ritiene che uno solo sia veramente caratteristico e patognomonico. Egli lo ha osservato in tre casi ed in attesa che sia avvalorato dalla pratica ulteriore lo comunica in una nota preventiva.

In un individuo normale di sviluppo scheletrico regolare la *linea giugulo-ombelico-pubica* passa esattamente per la linea mediana dello sterno e della appendice xifoide. Il *segno di Pitres* studiato in primo tempo nelle pleuriti con versamento consiste nella deviazione dello sterno da detta linea verso il lato corrispondente all'essudato; questo segno sempre costante (salvo nei casi di deformazioni ossee) nelle dette forme di pleuriti è stato osservato anche nelle spleno-pneumoniti, nel pneumotorace, nell'enfisema pulmonare unilaterale, nelle congestioni pulmonari, insomma in tutte le affezioni che aumentano la pressione unilaterale del torace, donde un aumento dell'ampiezza dell'emitorace affetto e la consecutiva deviazione dello sterno.

Nelle neoplasie pleuro-mediastino-pulmonari si ha il fenomeno perfettamente opposto: *la deviazione dello sterno si ha verso il lato sano o verso quello meno compromesso, rappresentando questo aumento dell'ampiezza del torace un effetto del maggiore funzionamento pulmonare. La capacità respiratoria del lato affetto è diminuita in proporzione alla diffusione neoplastica o alla compressione bronchiale.*

Quando il cancro parte dall'ilo pulmonare si verifica un ingrossamento della parete del bronchio e una diminuzione del relativo lume, e una infiltrazione in forma nodulare del tessuto pulmonare circostante con una riduzione corrispondente dell'attività respiratoria. Se la propagazione si ha per via linfatica la infiltrazione neoplastica segue il decorso del bronchio raggiungendo ed invadendo la superficie pulmonare donde la essudazione del caratteristico versamento. Se si ha la compressione di un bronchio principale diminuisce la capacità respiratoria di una gran parte del pulmone obbligando l'organo dell'altro lato ad un maggior lavoro, che determina la deviazione dello sterno verso questo lato ossia verso il lato sano. Lo stesso fenomeno si verifica quando la propagazione neoplastica produce una linfangioite carcinomatosa, o quando il cancro si sviluppa in pieno pulmone con un tumore circoscritto. Se la infiltrazione è diffusa assumendo un aspetto simile a quello di una pulmonite caseosa si può avere la invalidità di tutto un lobo pulmonare; al microscopio si vedono alveoli infiltrati ed alveoli compressi in tutta la estensione della neoplasia. Nelle lesioni carcinomatose dei lobi inferiori con propagazione alla pleura diaframmatica è costante la paralisi del diaframma che accentua lo spostamento dello sterno verso il lato sano.

La evoluzione del processo spiega chiaramente la genesi del segno. Il pulmone sano o meno affetto tende a supplire la incapacità funzionale del pulmone infiltrato o più infiltrato, donde la sua iperfunzione e l'aumento dell'ampiezza dell'emitorace, alla quale si deve lo spostamento dello sterno, ossia il *segno di Pitres invertito*.

dr.

TERAPIA.

Trattamento palliativo della rino-faringite cronica.

La rino-faringite cronica, secca, è spesso mantenuta dal fatto che l'aria inspirata è troppo secca. Essa può essere resa umi'a, per mezzo di un filtro di cotone o un pezzo di spugna di gomma, inserito nelle narici. L'aria espirata satura di umidità, deposita una certa quantità di acqua sul filtro; un po' di tale acqua viene assorbita dall'aria inspirata e trasportata al faringe.

J. Kragh (rif. in *Medical Review*, giugno 1919), riporta diversi casi in cui con l'uso permanente di piccoli batuffoli di cotone, introdotti nelle narici. i disturbi della rino-faringite si sono attenuati in modo tale che la loro applicazione, dopo un certo tempo, non era necessaria che a lunghi intervalli.

Nessun imbarazzo o difficoltà respiratoria risulta da tale applicazione.

Tale trattamento è soltanto palliativo e non è raccomandabile se vi sono probabilità di guarigione definitiva per mezzo dell'operazione. Ad ogni modo la spugna di gomma è sempre da preferirsi al batuffolo di cotone, perchè si intasa meno facilmente.

l. b.

L'autovaccinoterapia del catarro nasale cronico.

Machey (*British Medical Journal*, 1919, 9 agosto) ha curato con vaccini autogeni oltre 500 persone affette da catarro nasale cronico. Dalla secrezione furono isolati lo pneumococco, il bacillo della influenza, il micrococco catarrale, lo stafilococco aureo, lo streptococco, il bacillo di Friedländer, lo sfalilococco albo, il tetrageno e protei. I vaccini autogeni fu ono preparati con culture pure del germe e dei germi isolati dalla secrezione di ciascun infermo. Le dosi adoperate furono gradatamente crescenti fino ad iniettare la do e massima di 150 milioni per lo pneumococco e lo streptococco, per gli altri germi si raggiunse anche 300 e 400 milioni.

I risultati sono stati in genere buoni e sono andati sempre migliorando a misura che l'autore con la pratica acquistata ha potuto con maggiore sicurezza identificare il germe che in ciascun caso era la causa del catarro. Gli insuccessi furono relativamente rari.

Nella metà dei casi si ebbe guarigione completa del catarro, e le vie nasali rimasero steri'i ma in parecchi casi pur essendo scomparsi i sintomi catarrali, il germe presunto patogeno rimase invece nel cavo nasale e l'affezione ricomparve dopo qualche tempo. In un terzo circa dei casi il catarro persistette con un sensibile miglioramento.

Il metodo è di facile applicazione, quando sia accessibile un buon laboratorio batteriologico.

g. d.

Nelle punture d'insetti Pugnat consiglia la tintura d'aloe (soluzione satura in alcool), da usarsi sfregando sulla puntura con un pannolino imbevuto, o con lo stesso turacciolo bagrato della bottiglia. Purchè l'applicazione sia fatta nel più breve tempo possibile non si producono reazioni, nè gonfiore nè rossore, nè dolore (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, marzo 1918).

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sul principio attivo anticoagulante dell'Irudo medicinalis.

È nozione comune ed antica quella della assai scarsa tendenza a coagulare che ha il sangue uscente dalle piccole ferite prodottesi per l'applicazione di mignatte. Haykraft, pensando che tale fenomeno fosse dovuto all'azione anticoagulante del secreto orale delle sanguisughe, riuscì a rendere incoagulabile del sangue messo a contatto in vitro con un estratto cloruro-sodico di estremità anteriori di mignatte. Da quell'epoca, specialmente per opera di AA. tedeschi, si è molto lavorato intorno ai metodi d'isolamento del principio anticoagulante delle sanguisughe ed alle sue proprietà chimiche. I metodi proposti diversificano fra loro per i procedimenti adoperati allo scopo di allontanare dagli estratti acquosi o cloruro-sodici di estremità anteriori di sanguisughe le sostanze proteiche.

Separate le sostanze proteiche, dopo accurata centrifugazione, il liquido limpido sovrastante al sedimento e sottoposto a dialisi è concentrato a pressione molto ridotta ed a bassa temperatura. Si viene ad ottenere in ultimo una sostanza lamellosa, biancastra, talvolta verdastra per presenza di pigmenti di sanguisuga che conserva tutte le proprietà anticoagulanti degli estratti originali. Per i suoi caratteri chimici la maggior parte degli AA. ascrive tale sostanza alla categoria delle deutero albumose; gli AA. meno recenti pensavano si trattasse di fermenti.

Il preparato che va sotto il nome di irudina, ricavato con una modificazione del metodo originale di Franz (precipitazione delle sostanze proteiche mediante vapori di cloroformio e successivo riscaldamento a 70° C) dovrebbe rappresentare il principio attivo anticoagulante puro delle sanguisughe.

Il Luzzatto (*Biochimica e terapia sperimentale*, febbr. 1919) ha sottoposto ad uno studio critico-sperimentale la tecnica per l'isolamento allo stato di purezza della sostanza anticoagulante dell'*Hirudo medicinalis*; ha cercato di definirne la natura; ne ha studiata l'azione antagonista verso l'adrenalina.

Per l'estrazione del principio anticoagulante l'A. si è servito a preferenza dei metodi con cui gli albuminoidi sono allontanati dagli estratti acquosi con il calore e raccomanda all'uopo di non oltrepassare la temperatura di 100° C., di non trattenere le soluzioni a detto calore per un tempo superiore ai 2-3 minuti e di acidificare leggermente con acido acetico diluitissimo dopo il riscaldamento. A fine poi di ottenere la maggior quantità possibile di residuo attivo e che abbia un valore anticoagulante complessivo pari a quello della quantità totale di estratto acquoso lava ripetutamente e centrifuga sia l'estratto acquoso che il precipitato proteico.

Altri campioni di principio attivo sono stati ottenuti ponendo in essiccatore, senza precedenti manipolazioni, gli estratti acquosi di teste di sanguisughe: raggiunto il completo disseccamento è stato ripreso il residuo con acqua. Di tale residuo una porzione soltanto è solubile in acqua; un'altra non lo è affatto. La prima porzione, attivissima ma ricca di proteidi, è stata in seguito trattata come un estratto acquoso semplice; dall'altra porzione è stata estratta con lavaggi tutta la sostanza attiva contenutavi. Anche la lunga permanenza in alcool secondo consiglia Dikinson seguita da un soggiorno più o meno lungo in xilolo (Luzzatto) dà buoni risultati; ma non è possibile evitare un'ulteriore purificazione con il calore perchè solo una parte degli albuminoidi è resa insolubile in acqua.

Quale è la natura chimica della sostanza attiva della estremità anteriore di sanguisuga? Contro l'opinione che si tratti di un fermento due argomenti sono sufficienti; la termostabilità del preparato (l'ebullizione protratta nuoce bensì alla sua attività ma non la sopprime completamente) ed il fatto che il potere anticoagulante dell'estratto è nettamente proporzionale alla dose.

Quanto allo stabilire se le reazioni che gli estratti purificati presentano siano specifiche e se valgano a definirne la natura l'A. nota come le stesse reazioni ed in egual misura vengano presentate dal residuo amorfo ottenuto per purificazione degli estratti acquosi delle estremità posteriori di sanguisuga, residuo privo di qualsiasi potere anticoagulante.

Che il principio attivo anticoagulante sia un'albumosa non è ancora, sebbene sia logico il supporlo una verità sicuramente dimostrata. Così non è possibile pronunciarsi a favore dell'opinione che attribuisce l'azione anticoagulante dell'irudina ad una neutralizzazione della trombina piuttosto che dell'altra la quale vuole che detta azione si esplichi perchè l'irudina si lega con il fibrinogene.

Se l'A. non è giunto a conclusioni positive sulla natura chimica dell'irudina e sul suo meccanismo d'azione numerosi esperimenti lo conducono a negare decisamente che l'iniezione per via ipodermica o per via endovenosa di estratti accuratamente purificati ed attivi (corrispondenti perfino ad 8 estremità anteriori per Kgr. di peso corporeo) sia capace di impedire nei cani e nei conigli la glicosuria adrenalinica, fatto questo dichiarato costante dai precedenti AA. che hanno esperimentato o con gli estratti acquosi o con l'irudina. Per alcuni l'irudina spiegherebbe quest'azione indirettamente come linfagogo potente.

Come era da aspettarsi in seguito ai risultati ottenuti dall'A., non è stato possibile osservare nemmeno una maggiore utilizzazione del glucosio iniettato in animali irudinizzati. L'irudina inoltre non è capace di impedire che l'adrenalina esplichi un fortissimo aumento della pressione sanguigna e della diuresi: essa è completamente innocua sul circolo e sul respiro ed in un primo tempo, anzichè produrre un aumento dei globuli bianchi, dà luogo ad una evidente leucopemia. In qualche caso per l'iniezione endovenosa di forti quantità di irudina si è avuta una spiccata ipotonia muscolare.

D. MASELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1055) *Terapia delle radiodermiti.* — All'abbonato n. 2662:

Nelle forme gravi ed estese di radiodermiti, specialmente se molto antiche, la terapia può poco. Aslzknecht recentemente ha preconizzato le applicazioni di raggi molto duri filtrati. Può anche tentare le pomate comuni con piccole dosi di stovaina: non esiste però un rimedio specifico.

P. ALESSANDRINI

(1056). *Sulla sclerodermia.* — Al dott. B. M. da M.:

Nel Manuale di malattie cutanee di Neissev e Jadassohn, traduzione italiana (Società ed. Dante Alighieri), si trova, al capitolo « Sclerodermia », un copioso indice bibliografico.

Come cura causale molti consigliano i preparati tiroidei; contro la sclerosi cutanea si hanno buoni risultati, secondo alcuni, dalle iniezioni di tiosinamina (fibrolisina).

V. MONTESANO.

(1057) *Sulle aritmie.* — Al dott. D. M. da C.

Ai trattati consigliati sulla questione delle arit-

mie e sul loro valore clinico, possiamo aggiungerne uno del Wenckebach recente (1914): Die unregelmässige Herztätigkeit und ihre klinische Bedeutung. *t. p.*

(1058). All'abb. n. 6340, suggeriamo:

1° Il magistrale e classico *Trattato di fisiologia* del Luciani, Società Editrice Libraria, vol. cinque, Milano, di cui sta uscendo la 5ª edizione: il terzo volume (fisiologia del sistema nervoso) è già in commercio, e il quarto (organi dei sensi) dovrà esserlo tra giorni. Seguiranno entro l'anno 1920 gli altri volumi.

2° L'opera del Pende *Endocrinologia* (Vallardi, Milano) raccoglie quanto è stato pubblicato fino al 1916 nel campo della fisiologia delle glandole endocrine. *b.*

(1059) Al dott. F. P. da B.:

L'*Archivio di oftalmologia* è edito dalla R. Clinica oculistica di Napoli diretta dal prof. Angelucci (S. Andrea delle Dame).

Gli *Annali di oftalmologia*, in atto sospesi, sono editi dalla R. Clinica oculistica di Roma, diretta dal prof G. Cirincione (Policlinico Umberto I),

MAGGIORE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. MARTINET. *Diagnostic clinique.* (Masson éd. Paris. 1919).

Il nome dell'A., favorevolmente noto ai medici italiani, e il titolo del libro *Diagnosi clinica* sono un invito suggestivo. Il Martinet ha legato il suo nome a numerosi lavori ricchi di forza dimostrativa; un libro di diagnostica clinica abbisogna di chiarezza, di dati illustrativi che risaltino e colpiscano. Non si erra nelle previsioni: concezione del libro, svolgimento delle singole parti sentono lo « stile mentale » dell'A.

Egli vuol offrire quanto la medicina moderna possiede per una « corretta diagnosi »: in una prima parte espone le condizioni attuali di una buona diagnosi, gli errori, le loro cause. Le « tecniche mediche » (esame del malato e mezzi di laboratorio) formano l'oggetto della seconda parte, che è la più vasta; dopo un breve capitolo sulla organizzazione metodica dell'esame medico, passa all'ultima parte che egli chiama semejologia medica (sintomi). Il piano del libro è abile, poichè nelle tre parti principali, nelle quali il libro è diviso, tutto quanto è necessario per una diagnosi clinica è facilmente inquadrato. Quel che più colpisce e differenzia il volume del Martinet dagli altri consimili è una ricchezza di illustrazioni dimostrative, che rendono inutili lunghe dissertazioni, e di cui la maggior parte riusciranno sommamente utili allo studioso: illustrazioni che riguardano fatti reali, reperti microscopici, mezzi d'indagine, illustrazioni schematiche, che graficamente riproducono quanto noi siamo d'ordinario abituati a rappresentare mentalmente. Questa ricchezza di illustrazioni è un gran pregio del libro; forse io potrei dire che l'A. qualche volta, spinto dalla sua passione illustrativa, eccede e rappresenta elementi non necessari, o rende più complicata la cosa, obbligando l'occhio a sostituirsi alla immagine mentale: io penso che nessun medico e nessuno studente dovrà apprendere da un libro la manovra per provocare il riflesso rotuleo o il riflesso plantare, poichè nella medicina nessun libro può sostituirsi al maestro che plasma l'anima e forma la capacità alle ordinarie ricerche: il Martinet che ha certo pensato di offrire il suo libro a medici e studenti ha per lo meno esagerato nel pregio del libro. Lo svolgimento è piano, semplice; in verità forse in qualche punto è elementare, ma io non credo tale qualità un difetto, poichè il libro non è fatto per i sapienti, ma per gli studenti e per i medici pratici. I collaboratori del Martinet: Laurons, Meunier, Saint-Cène e Lutier, che si sono rispettivamente occupati di parti speciali, si sono mirabilmente attenuti all'indirizzo generale del libro: chiarezza e semplicità.

Nell'esame analitico dei sintomi (3ª parte) forse il lavoro del Martinet non conserva eguale felicità d'indirizzo: lo svolgimento delle singole voci esula dalla semejologia, penetra nella difficoltà della patologia speciale e delle classificazioni; forse nella strettezza dello spazio le difficoltà non sono superate che in pochi capitoli; il giovane medico che s'ingolfi nella lettura di questa 3ª parte, porterà con sè non sempre un esatto concetto dei fatti o dell'estensione dell'argomento.

Il bel volume recentemente edito da Masson è, a malgrado di tutto, degno di essere annoverato tra i libri utilissimi al medico pratico, o a chi s'inizia agli studi medici; esso figurerà con onore nelle collane dei libri d'uso quotidiano.

t. p.

SIMON E. Ch. *A manual of clinical Diagnosis by meann of laboratory methods.* 9ª ediz. (Lea and Febiger ed. Filadelfia. Prezzo sc. 6.).

L'idea del Simon di riunire in un volume le conoscenze moderne sui mezzi di laboratorio, utili per la diagnosi clinica, ha avuto successo e il libro esce nella sua 9ª edizione in magnifica veste tipografica.

La prima parte è dedicata all'esame del sangue, delle secrezioni della bocca, del succo gastrico, del contenuto intestinale, all'esame delle feci, delle secrezioni nasali, dello sputo, delle urine, all'esame

dei transudati e degli essudati, del liquido cerebro spinale, dei contenuti cistici; chiude un'appendice di bacteriologia.

La seconda parte è svolta con metodo originale, se pur non esente da critiche: nelle malattie, elencate per ordine alfabetico sono esposti i fattori essenziali di diagnosi di laboratorio; con giusta misura è mostrato tutto l'aiuto che il laboratorio può offrire al completamento della diagnosi clinica.

I metodi più moderni di ricerca sono nitidamente esposti; nei varî capitoli (sangue, liq. cef. rach.) nulla è trascurato perchè il rendimento sia completo: l'esame va dall'indagine morfologica, alla chimica, alla serologia, alla bacteriologia, ecc. Noi siamo lontani dal pensare che il laboratorio possa permettere per sè di fare delle *diagnosi cliniche*, ma siamo convinti che la Clinica moderna ha nel laboratorio un ottimo e largo ausilio, che è divenuto indispensabile. Il medico troverà nel libro di Simon una guida moderna, sapiente, esatta.

t. p.

ARTHUS MAURICE. — *Précès de Chimie physiologique.* VIII edizione riveduta e corretta. Un volume in-16° di 451 pag. con molte figure e tavole colorate. Masson et C.ie edd. Parigi. Prezzo lire 8.

Il successo di questo fortunato manuale è dimostrato dal rapido succedersi di edizioni e dalle numerose traduzioni, successo del resto, meritato, per la limpida chiarezza con cui sono esposti i più importanti principî di chimica fisiologica,

Questa nuova edizione è stata aggiornata per quanto riguarda le più recenti scoperte (costituzione e struttura della molecola proteica, e dei suoi prodotti di desintegrazione, enzimoidi, prodotti delle ghiandole endocrine ecc.) e le questioni che oggi si agitano specialmente sull'alimentazione. Con questo suo lavoro, l'A. non solo inizia il lettore all'importante branca della chimica fisiologica, ma dà inoltre molte indicazioni pratiche per le ricerche e le analisi, che interessano non solo il fisiologo, ma anche il clinico ed il medico pratico.

fil.

VARIA.

Termini medici in un dizionario inglese. — In questi giorni hanno visto la luce due nuove puntate del grandioso « New English Dictionary on Historical Principles ». Tra i termini in esso consegnati segnaliamo i seguenti.

SIFILIDE: deriva dal titolo del poema *Syphilis, sive Morbus Galliens*, pubblicato nel 1530 da Girolamo Fracastoro di Verona; protagonista del poema è un pastore di nome Syphilus, il primo uomo che avrebbe sofferto della malattia; per analogia con *Aeneis*, *Thebais*, ecc., l'A. ne derivò *Syphilis*, che poi passò a denotare la malattia in tutti i paesi.

SILVIANO, aggettivo che ricorre in specie nell'anatomia del cervello (acquedotto, scissura, fossa—); deriva da François de la Boë Sylvius, un anatomista fiammingo vissuto tra il 1614 e il 1672, e non già, come si crede generalmente, da Jacques Dubois, latinizzato in Jacobus Sylvius, anatomista francese vissuto tra il 1478 e il 1555.

STROMA: deriva dal latino *stroma*, che significava coperta da letto; e questo nome, a sua volta, dal greco *στρῶμα*, che denotava qualsiasi tessuto disteso per terra, allo scopo di sdraiarvisi o di sedervisi; un po' per volta finì con l'acquistare il significato di tessuto connettivo di sostegno degli organi o di sostanza spugnosa incolore delle emazie e di altre cellule.

Il dizionario contiene anche altre etimologie, interessanti a conoscere, di termini medici.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BERTOLANI DEL RIO MARIA: Emiipertrofia della faccia associata a palatoschisi. — Reggio Emilia, 1919.

ORTALI CESARE: La tubercolosi di guerra. — Frascati, 1918.

ROSSI GIACOMO: L' importanza della malaria per l'agricoltura e gli studi sul terreno malarico. — Portici, 1918.

CALENDOLI ENRICO: Una reazione cromatica per l'esame della farina, specie per la determinazione del grado di abburattamento. — Roma, 1918.

ROSSI GIACOMO: La batteriologia delle conserve italiane di pomodoro ed il loro commercio all'estero. — Portici, 1918.

PITTARELLI EMILIO e PITTARELLI EMILIO (figlio): Ulteriori ricerche sulla localizzazione dei corpi estranei: il metodo dello spostamento orizzontale del corpo estraneo. — Firenze, 1918.

VOLPE MAZZINI: Patogenesi delle nevrosi nasali riflesse. — Napoli, 1919.

SALA GUIDO e VERGA GIOVANNI: Intorno ad una nuova serie di casi di ferite dei nervi periferici e di lesioni del plesso brachiale. — Pavia, 1919.

MEI ALDO: Un caso di blastomicosi in Cirenaica — Milano, 1918.

DE MEDICI GIOVANNI: Ricerche etiologiche su l' attuale epidemia. (Catanzaro, agosto-dicembre 1918). — Catanzaro, 1919.

SEVERI A. R.: Per l' istituzione di un dispensario antitubercolare in Legnago. — Legnano, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate:

Caserta. — Brunetti comm. Enrico, presidente; Cappiello Vincenzo, segretario; Cascella Nicola, Senese Luigi, De Cesare Ercole, Fargiuoli Giuseppe Grossi Giuseppe,

Catania. — Marchese prof. Liborio, presidente; Scuderi F. F., segretario; Barletta L., tesoriere; Belmonte Nunzio, Rindone on. prof. Sante, consiglieri.

Lecce. — Vernazza Giovanni, Miggiano Rocco, Memmi Giovanni, Vadacca Giuseppe, Russi Pasquale, Serio Luigi e Scalinci Ignazio.

Lucca. — Pilli Bettino, presidente; Biscioni Ciro, segretario; Fornasari prof. Ettore di Verce, tesoriere; Bianchini prof. Severo, Pini Pasquale, Parenti Luigi e Fattori Carlo, consiglieri.

Mantova. — Rabitti Augusto, Guastalla Lincoln, Paghera Angelo, Pasquali Marino, Vivenza Franklin, Zanardi Pasquale e Zinelli Giuseppe.

Parma. — Tonelli Carlo, presidente; Verduri Ernesto, segretario; Ghelfi prof. Annibale, tesoriere; Bocchi Antonio, Gabbi Ugo, Gabbi prof. Umberto, Garbarini prof. Eugenio, consiglieri.

Pavia. — Bialetti prof. Clemente, Cornelli Emilio, Villa Alfredo, Trovati Pietro, Brugnatelli Angelo, Scaglioni Luigi, Bergonzoli prof. Gaspare.

Pisa. — Collodi Giuseppe, presidente; Menocci Giuseppe, tesoriere; Bertini Luigi, segretario; Scabia L., Pierotti Angelo, Gazzarini Adolfo e Bertini Luigi, consiglieri.

I sanitari pensionati.

I sanitari pensionati dello Stato sono stati addirittura dimenticati negli aumenti dati dal Governo a tutte le altre classi di pensionati. L'on. Gambarotta ne fece parola al ministro Nitti, il quale promise di prendere in considerazione la cosa. Però da quel dì — cioè dal mese di luglio scorso — non si è venuti a capo di nulla.

Una commissione rappresentante tutti i sanitari pensionati dipendenti dall'Istituto di Previdenza, ha parlato col ministro Baccelli, il quale ha dato affidamento che se ne sarebbe occupato.

Della commissione facevano parte il comm. Giovanni Ranieri di Roma, il cav. Alcide Ferrari di Tivoli, il dott. Francesco Bertola di Roma, il cav. Alessandro Chiapponi di Parma, il dott. Tito De Santis di San Martino al Cimino, il dott. Francesco Giamboni di Terni ecc.

Associazione Nazionale degli U. S. L. E. Sezione Provinciale di Girgenti.

Il giorno 13 ottobre ebbe luogo una riunione nel locale dell'Ordine dei Medici di Girgenti, alla quale aderirono e presenziarono tutti gli Ufficiali Sanitari L. E. della Provincia.

In seguito ad una esauriente discussione nella quale insieme agl'interessi di classe furono presi in considerazione quelli del publico servizio, si venne con unanime consenso alle seguenti deliberazioni:

1º Costituzione della associazione e sezione provinciale;

2º Nomina dell'Ufficio di Presidenza che riuscì così costituito:

Martines dott. Alfonso, presidente; Testone dott. comm. Calogero, Castiglione dott. Rosario, Saieva dott. Giuseppe, membri; Castellana Guglielmo, segretario cassiere; Burruano dott. Francesco, delegato provinciale;

3º Si è stabilito di presentare un memoriale chiedente miglioramenti della classe.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8008) *Acquisto della stabilità*. — Dott. G. V. da C. Durante il servizio militare il periodo di prova è rimasto sospeso. Dacchè Ella è rientrata in carica deve per acquistare la stabilità compiere tanti mesi di servizio quànti ne mancavano alla data della partenza per compiere un biennio.

(8009) *Infortuni di operai sul lavoro. Concorsi a medico condotto*. — Dott. A. D. N. da B. Non conosciamo alcuna disposizione speciale che esoneri l'istituto assicuratore, di cui Ella fa il nome dal corrispondere ai sanitarî il pagamento dei certificati attestanti la continuazione d'inabilità al lavoro e l'esito definitivo della lesione.

Se è stato tolto il divieto messo nel 1915 per i pubblici concorsi lo sarà anche per quelli riflettenti la nomina dei medici condotti comunali.

(8010) *Ricupero di laurea smarrita*. — Dott. A. D. C. da C. Per ottenere il diploma di laura inviato, come Ella dice, nel 1916 al Ministero della Guerra, deve richiederlo al Ministero medesimo indicando con esattezza lo scopo per cui fu mandato e, possibilmente, l'ufficio cui fu diretto.

(8011) *Stabilità — Dimissioni*. — Dott. C. C. da T. Delle dimissioni presentate nel 1914 e di cui mai fu preso atto non può più tenersi conto dato il lungo tempo trascorso. Ella, quindi, ha mantenuto e mantiene tuttora integro il suo diritto alla

stabilità. Qualora ciò non ostante fosse bandito concorso per la nomina del successore, ha diritto ad impugnare la relativa deliberazione presso la G. P. A.

(8012) *Pensioni — Interinato.* — Dott. U. F. da F. Il periodo di interinato vale unicamente per affrettare il raggiungimento del diritto ad ottenere la pensione, ma non vale ne è calcolato nella effettiva liquidazione di essa. Ella, pertanto, nel 20 dicembre prossimo, pur avendo compiuto 24 anni 6 mesi ed un giorno di servizio, non liquiderà la pensione che in soli 23 anni, e cioè lire: 753.

(8014) *Certificati meidci).* — Dott. G. M. da V. Nel certificato medico, cui allude non occorre, a pena di nullità, indicare che la infermità fu contratta *in servizio od a causa di esso,* in quanto che le due circostanze sono affatto separate ed indipendenti. Una malattia infatti, può essere stata contratta in servizio ed un altra a causa del medesimo. L'indicazione dell'una o dell'altra circostanza dipende dalla constatazione di fatto del medico, che determinerà se la infermità dipende dal servizio, od a sua causa come diretta conseguenza.

(8015) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. M. da M. sul P. Dal momento che occupa un posto di condotta previsto nella pianta organica e privo di titolare, perchè dimissionario, ha diritto alla indennità caro-viveri.

(8017) *Servizio di supplenza del veterinario consorziale.* — Dott. F. S. da M. Non conoscendo l'entità del servizio che ha dovuto prestare e presta in sostituzione di codesto veterinario consorziale chiamato sotto le armi nè le modalità con cui il medesimo si esegue non possiamo indicarle la somma che potrà chiedere al Comune nel giudizio che si propone intentare.

Doctor Justitia.

Servizio medico-militare. — Al dott. C. T. da S.: Gli ufficiali medici delle categorie in congedo per aver diritto alla polizza di assicurazione gratuita devono aver prestato servizio presso unità delle varie armi combattenti dislocate tra la linea più avanzata del fuoco di fucileria e quella costituita dalle sedi di comandi di brigata.

Le norme per la concessione sono stabilite dal D. M. 24 aprile 1918 e sono pubblicate sulla *Gazzetta ufficiale* del 26 aprile 1918, n. 99.

La domanda per la concessione per il tramite del Distretto Militare cui Ella appartiene deve essere inviata al Comando dell'unità presso cui ha prestato servizio.

Al dott. D. C. da C.:

Ella può rivolgersi al Ministero della guerra, pel tramite del Distretto Militare dal quale, come ufficiale in congedo, dipende.

Al dott. I. L. da R.:

I militari studenti di medicina purchè non abbiano già frequentato o non siano inscritti per il prossimo anno accademico al 6° corso, sono congedati con i militari della classe di leva cui appartengono.

M. G.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Agevolezze agli Enti morali per opere igieniche.

Un recente D. L. sancisce, a favore dei Comuni, delle istituzioni pubbliche di beneficenza e di altri Enti morali, agevolezze molto più large di quelle consentite dalle precedenti disposizioni.

L'art. 1 permette ai cennati Enti, che a causa delle condizioni create dalla guerra non abbiano potuto iniziare o condurre a termine opere di provvista di acqua potabile od altre opere igieniche, per cui già ottennero mutui di favore, di conseguire, per l'esecuzione ed il completamento delle opere stesse, nuovi prestiti di favore, per un ammontare complessivo non eccedente la somma di quelli originariamente concessi.

Ad assicurare poi l'esecuzione di opere interessanti l'igiene, le quali, dato il cresciuto costo dei lavori, non potrebbero essere iniziate senza un più largo aiuto da parte dello Stato, si sono apportate notevoli modificazioni all'art. 7 della legge 25 giugno 1911, n. 586 e all'art. 3 lett. *a*) del D. L. 28 gennaio 1917, n. 190.

L'art. 2, infatti, del Decreto, dà facoltà ai Comuni di conseguire mutui all'interesse ridotto del 2 %, purchè abbiano una popolazione non superiore ai 100.000 abitanti, mentre prima tale beneficio era limitato ai Comuni con popolazione non superiore ai 50.000 abitanti, per alcune opere (ospedali di isolamento, fognature urbane), ed ai 25.000 per tutte le altre opere. Inoltre, l'ammontare massimo dei mutui a interesse ridotto è stato portato a L. 500.000 per l'esecuzione di opere concernenti ospedali, locali di isolamento, case per infermi e fognature urbane, e a L. 200.000 per le altre opere; mentre tale limite, per le precedenti disposizioni, era, rispettivamente, di lire 100.000 e L. 50.000.

L'art. 2 dispone che, ove l'opera abbia carattere consorziale, il mutuo di favore potrà complessivamente, per tutti gli Enti consorziali, essere aumentato di un terzo. Qualora inoltre la domanda del mutuo si estenda anche alle spese necessarie per l'arredamento dell'opera, la somma da concedersi a prestito potrà, per questa parte, a seconda dei casi, essere aumentata fino ad un quinto del mutuo principale.

Le dette facilitazioni riferentesi, oltre che all'estensione del limite dei prestiti, anche alla specie delle opere, a cui si intende dare precipuo impulso con grande vantagio della salute pubblica, varranno a promuovere un'alacre ripresa dei lavori, dalla quale potranno trarre vantaggio le classi operaie ora disoccupate.

Di tali benefici poi risentiranno maggiore vantaggio i Comuni della Calabria, Basilicata e Sardegna, dove le condizioni igienico-sanitarie esigono vigile ed efficace interessamento da parte dello Stato.

È noto che questo contribuisce nell'esecuzione delle opere per provvista di acqua potabile in dette regioni con un concorso pari a metà; sicchè la maggiore spesa, che occorrerà per compiere le opere rimaste sospese, graverà per una metà a carico dello Stato; per l'altra metà quei Comuni potranno ottenere prestiti a totale esenzione degliineressi.

In tal modo gli Enti locali, in base alle nuove provvidenze, vengono messi in grado di eseguire importanti lavori, riparando così agli effetti della stasi, che, durante la guerra, era necessariamente sopravvenuta nello incremento delle opere, che contribuiscono efficacemente alla rigenerazione igienico-sociale delle popolazioni.

CONDOTTE E CONCORSI.

Il Comune di Baschi (Perugia) avrebbe bisogno di tre medici interinali, uno per Baschi capoluogo, uno per Montecchio, ed il terzo per la frazione di Civitella.

Per le condizioni scrivere direttamente al R. Commissario.

Medichessa triestina, buon tirocinio, accetterebbe interinato in condotta, assistentato in ospedale, istituti di cura. Scrivere: M. Pozzi, via Sistina 20 — Roma.

Medico chirurgo trentottenne, ottimi titoli, lunga pratica professionale, assumerebbe servizio stabile in comune od ospedale.

Scrivere al dottor Enrico Melone — Via Giannone 122 — Caserta.

Medico-chirurgo giovane, dieci anni laurea, pratica condotta, accetterebbe subito lungo interinato ad ottime condizioni. Scrivere: Farmacia del Corso, Marino (Roma).

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CONDOTTI.

Uffici di collocamento.

Bologna: presso la sede della Sezione Bolognese, Archiginnasio.

Milano: presso la Presidenza centrale, via Dogana, 2 (per la Lombardia);

Verona: presso l'Ordine dei Medici, Stradone Super Maffei, 10 (per il Veneto).

Chiedere condizioni.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bologna, nella sua adunanza del 25 ottobre, ha dato, con voti unanimi, l'incarico della cattedra di Clinica chirurgica al prof. Bartolo Nigrisoli, cessato dall'Ospedale Maggiore per limite di età; ed ha chiamato, pure con voto unanime, alla cattedra di Patologia medica, il prof. Giacinto Viola, ordinario a Palermo.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membri corrispondenti per la IV Divisione (fisica e chimica mediche e farmacia): Bruylants di Lovanio, Paternò di Roma, Machado di Lisbona.

La signora M. Curie è stata chiamata nella Polonia, sua patria, per dirigervi la cattedra di radiologia presso l'Università di Varsavia.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Gadani Angelo da Bologna, aspirante ufficiale medico 142° regg. fanteria M. M.

Addetto ad un battaglione, chiamato per medicare il comandante della brigata che era rimasto ferito, sotto l'intenso fuoco di artiglieria nemica, attraversando un terreno intensamente sconvolto, accorse a prestargli l'opera sua. Caduto prigioniero, salvò lo stesso generale, affrontando pattuglie nemiche, le quali lanciavano numerose bombe a mano. Eludendo la vigilanza avversaria, mediante un colombo viaggiatore, che era rimasto presso il Comando della brigata, fornì utili notizie al comando del Corpo d'armata. Riconquistata la posizione da una nostra controffensiva, e liberato, egli stesso, dispose pel trasporto del suo generale Hermada. San Giov. di Duino 18 agosto 1917.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Cabacco Felice da Limone Piemonte (Cuneo), tenente medico 14° regg. fanteria. Calmo e coraggioso, medicò i feriti sotto violento bombardamento nemico che tutto sconvolgeva, e tenne il suo posto anche quando già era caduta la linea occupata dal proprio battaglione. Fatto prigioniero si liberò e tornò al suo servizio. Rioccupata dai nostri la posizione, sotto violento fuoco di artiglieria e mitragliatrici avversarie, raggiunse il posto di medicazione e portò via salvo un ferito rimasto sul terreno al momento della ritirata. Costalunga 15 giugno 1918.

Il dott. prof. Giuseppe Palazzo, chirurgo primario nell'Ospedale Civile di Sulmona, è stato nominato ufficiale dell' Ordine della Corona d'Italia dal Ministero della Guerra, per speciali benemerenze acquistate durante la guerra.

Il dott. Giovanni Gaeta, oltre alla *Croce al Merito di guerra*, encomio al lungo servizio prestato in prima linea, ha anche avuto una *medaglia al valore militare*. A questa va riferita la motivazione pubblicata nel numero 37 della sezione pratica del *Policlinico*.

MEDAGLIONI.

Roberto Alessandri.

Chiamatovi dal voto unanime della Facoltà Medica, il Pr. Roberto Alessandri sale oggi la cattedra di quella Clinica Chirurgica, che fu gloria e vanto di Francesco Durante.

Di tutti gli allievi che circondarono l'insigne Maestro, per grande e lunga dimestichezza, per felice armonia di sentimenti, niuno poteva essere più fedele interpetre degli intendimenti scientifici e clinici di Colui, che creò la Chirurgia italiana; niuno, per convinzione e per fede, più strenuo campione degli alti ideali e delle nobili tradizioni della Scuola.



R. Alessandri si laureò nell'Ateneo romano, nel 1892, dopo avervi, da studente, mietuto (è la parola esatta) i premî più ambiti e più contrastati. Per concorso, venne, quasi subito, nominato assistente nella R. Clinica Chirurgica, diretta dal Durante e nel 1895, fu promosso Aiuto.

In quest'assidua e diligente collaborazione, egli continuò per ben 7 anni, fino a quando cioè, non ottenne la eleggibilità al posto di professore di Patologia Speciale Chirurgica, nella R. Università di Torino. Anche allora, il voto unanime della Facoltà Medica di Roma, lo chiamò, come *straordinario* all'insegnamento di questa disciplina, nella nostra Università, ove, nel 1910, divenne *ordinario*.

L'Alessandri non è un chirurgo ed un clinico dell'ultim'ora: negli Ospedali di Roma, palestra indiscussa ed impareggiabile della chirurgia più audace e brillante, superò vincendoli per concorso, tutti i gradi della gerarchia, fino a che, nel 1903, non divenne *Chirurgo Primario*, all'Ospedale di S. Giacomo prima, al Policlinico Umberto I, poi. Questi soltanto sono ben 16 anni di attività instancabile, d'esercizio diuturno della Chirurgia più ardua, che han plasmato il tipo dell'operatore, pel quale la diagnostica e la tecnica non han segreti e le risorse non han confini. Ma per ben due volte l'Alessandri aveva già sostituito il Durante nell'insegnamento della Clinica Chirurgica: il favore generale ed il plauso che egli seppe allora meritarsi furono una vera designazione plebiscitaria. Nel 1907 vinse il concorso per la cattedra di Clinica Chirurgica, all'Università di Modena, ma egli rimase a Roma, fedele al suo posto, al suo insegnamento ed alla sua Scuola.

I cimenti dolorosi della guerra mondiale lo videro in prima linea, portare il soccorso volontario della sua scienza e della sua grande pietà fin presso alle trincee e tra la gragnuola dei proiettili d'ogni misura. Fu così che, come Direttore della II Autoambulanza d'Armata, a Gorizia, si guadagnò la medaglia d'argento *al valore*.

L'angustia dello spazio ci consente di accennare appena come le principali Accademie e Società scientifiche, in genere e chirurgiche, in ispecie, dell'Italia e dell'Estero, abbiano tenuto ad annoverarlo fra i loro socî più stimati ed onorati.

La produzione scientifica dell'Alessandri è d'una ricchezza e d'una varietà mirabile e serve a dimostrare nitidamente la vastità e la versatilità della mente, che la governa, sotto il controllo della più severa e profonda disciplina.

Senza tener conto degli insegnamenti preziosi, che con signorile dovizia egli profonde, a piene mani, nel giornale *La Clinica Chirurgica*, del quale è Direttore, sono ben 145 le pubblicazioni sue, che fin'oggi han veduto la luce.

Gli studî sulla Patologia e sulla Chirurgia del rene formano « testo » e non han forse rivali nella letteratura straniera. Dai primissimi *sulle lesioni dei singoli elementi del cordone spermatico* e le loro *conseguenze sulla glandola genitale*, a quelli *sulla vaginale del testicolo*, sui *tumori d'origine surrenale*, sulla *chirurgia conservativa del rene*, sulla *legatura della vena emulgente, degli elementi dell'ilo renale*, ecc., ecc., ai più recenti, sulla *chirurgia del rene e dell'uretere*, sulla *pielotomia nella calcolosi renale* ecc., abbiamo tutta una serie di osservazioni e di studî, che nel loro insieme formano un vero e proprio trattato di Patologia e di Clinica speciale.

Lo stesso possiam dire di tutti i lavori, che trattano della patologia e della chirurgia del fegato e delle vie epatiche; dello stomaco e degli intestini; degli organi del movimento; dell'encefalo, della rachide e del midollo spinale; dei tumori, ecc., ecc.

Osservazioni e indicazioni preziose troviamo poi nella serie ricchissima di lavori sulla Chirurgia di Guerra, lavori che sono i più recenti e nei quali l'A. ha profuso tanta dottrina e tanta ricchezza di buon senso e d'esperienza, quante basterebbero a creare la fama di più d'un clinico.

Ma non è della sola produzione personale, scientifica e clinica dell'illustre chirurgo, che bisogna tener conto, ma anche e sopra tutto, dell'indirizzo che egli ha saputo dare alla sua Scuola. Il solo titolo delle pubblicazioni, uscite dall'Istituto di Patologia Chirurgica, formerebbe un voluminoso fascicolo.

Questa singolare attività, queste attitudini rare, associate ad una dottrina profonda, ad una mente eletta, ad un cuore generoso, sono le doti preclare, che rendono la scelta illuminata della nostra Facoltà, gradita ad ognuno e meno amaro l'allontanamento del grande e venerato Maestro Pr. Durante: al nuovo Clinico di Roma vadano adunque le congratulazioni e gli auguri più fervidi.

T. FERRETTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina interna.

L'Assemblea della Società di Medicina interna nella seduta ordinaria tenutasi a Trieste il 9 ottobre 1919, ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo della Società, che riuscì composto dei professori:

Sen. Maragliano Edoardo — Devoto Luigi — Lucatello Luigi — Viola Giacinto — Zoia Luigi — Ascoli Vittorio — Giuffrè Liborio — Gabbi Umberto — on. Castellino Pietro — sen. Queirolo Gio. Battista — Schupfer Ferruccio — Micheli Ferdinando — sen. Bozzolo Camillo — sen. Cardarelli Antonio — Zagari Giuseppe — Ceconi Angelo — Cofler Attilio — Cafiero Carmelo — Galli Giulio — Ferranini Andrea.

L'Ufficio di Presidenza fu poi costituito dai professori sen. E. Maragliano, clinico medico di Genova, presidente; V. Ascoli, clinico medico di Roma e L. Lucatello, clinico medico di Padova, vice presidenti; Giulio Galli, medico primario di Roma, cassiere.

Il prof. Ascoli Vittorio fu delegato all'organizzazione del XXVI Congresso che sarà tenuto l'anno venturo a Roma e nel quale saranno trattati i seguenti temi generali:

1º — Asma bronchiale.
2º — Linfogranulomatosi.

Vi sarà inoltre una Rivista critica sulla Elettrocardiologia.

La riunione medica di Trento.

Nei giorni 12-13 ottobre venne tenuto a Trento, sotto gli auspici della Società Italiana di medicina Interna, che ivi chiudeva con alto senso patriottico il Congresso di Trieste, e dell'Associazione Italiana di Climatologia ed Idrologia Alta Italia, un importante convegno nel quale si esaminarono, anche col concorso di competenze locali, i problemi balneologici e climatici del Trentino e dell'Alto Adige.

Le sedute vennero presiedute dal sen. prof. Maragliano.

Dopo mature discussioni a cui parteciparono, oltre il presidente, il sen. Zippel, i professori Devoto, Monti, Lucatello, Cattaneo, Piccinini, Fornario, Morelli, Cambiaso, i dottori Rinaldi, Conti, Pinali, Senni, Dal Ri, Cirardi, Ciurcentaler, Giordani, i signori Scotoni, Oss ed altri, vennero esaminati due ordini di provvidenze le immediate e quelle meno urgenti del domani, su di una speciale relazione estesa dal prof. Devoto.

In ordine al programma immediato venne ritenuto che fin dal prossimo inverno deve essere incoraggiata l'affluenza del pubblico nelle stazioni climatiche della Venezia Tridentina. A questo scopo i medici presenti si sono accordati sulla opportunità di far più largamente conoscere i vantaggi del soggiorno invernale sulla neve, in alta montagna, per sofferenti delle vie respiratorie, del sistema nervoso, ecc., ed i grandi benefizi degli sports invernali per ragazzi ed adulti. E poichè dalle notizie avute, le stazioni della Mendola di Gossensass, le Terme del Brennero, Cortina d'Ampezzo, potranno ricevere degli ospiti nelle prossime settimane, venne riconosciuta la convenienza di richiamare su di esse l'attenzione del pubblico italiano. I dettagli relativi agli alberghi, le vie di accesso, gli orari, ecc., saranno fra breve elaborati dal Comitato locale di Trento, che agirà in accordo con gli elementi dell'Alto Adige; questo Comitato segnalerà le altre stazioni, che, eventualmente, potranno funzionare nel prossimo inverno. Così pure saranno forniti dei particolari su altre località a clima temperato, che hanno avuto in passato molte frequenze, come Riva, Torbole ed Arco, Gries, Merano. Verso queste stazioni a clima mite saranno incoraggiati a rivolgersi sopratutto coloro che non tollerano in inverno il clima marino e debbono lasciare la loro residenza abituale perchè fredda.

Il sen. Maragliano, come presidente della Società di Medicina Interna, farà un appello a tutti i cultori degli studi medici, perchè si adoperino a far conoscere nell'ambiente universitario e fuori le virtù del soggiorno in alta montagna nell'inverno.

Venne poi deliberato di raccomandare alle Ferrovie di Stato: di migliorare le comunicazioni ferroviarie col Trentino, di ammettere sui treni vetture dirette da Milano a Trento, di favorire con annunzi gratuiti, come si fa per Salsomaggiore, la frequenza invernale nella Venezia Tridentina, di introdurre tariffe di favore per chi vi soggiorna più settimane per ragioni di cura, di pubblicare sugli orari ufficiali tutte le notizie relative alle comunicazioni postali, automobilistiche, ecc., come si usa per le varie provincie

italiane e come si pratica con somma diligenza negli orari svizzeri. Si è richiamata l'attenzione delle sfere competenti sulla necessità di curare la buona manutenzione delle caserme di montagna, erette dal passato governo e relative vie militari di accesso, rappresentando quelle caserme non solo dei fabbricati ottimi per ospizi temporanei o permanenti per fanciulli gracili e delicati o per convalescenti, ma stazioni di partenza per lo sviluppo di ulteriori creazioni climaterapiche.

Ed infine si è stabilito di tenere un convegno climatico invernale dal 3 al 9 gennaio 1920, in alcune stazioni della Venezia Tridentina, con tappe a Campiglio, Mendola, Merano, Brennero, Cortina d'Ampezzo, Trento, in ognuna delle quali un medico od altro competente del luogo, illustrerà ai congressisti, medici e non medici, le note caratteristiche delle singole stazioni e delle altre prossimiori.

L'esame del programma più lato che propone la creazione a Trento di un Istituto Consorziale (Stato, Enti assicurativi, Industria alberghiera) per lo studio gratuito delle molte fonti minerali e ragionali, dei climi e relativo museo, e la fondazione di un grande Istituto di terapia fisica moderna, con fini di cure per i sofferenti, di ricerche e di coltura per medici, nurses, ecc., venne affidato ad un'apposita commissione che riferirà in apposito Congresso.

L'on. Sindaco di Trento ha dichiarato che Trento sarà ben lieta di metter a disposizione le aree occorrenti per le erigende istituzioni.

La riunione ha lasciato in tutti i convenuti e nei cittadini di Trento una buona impressione per la praticità a cui è stata ispirata.

I Congressi di Monaco. – Comitato romano per i Congresso di Talassoterapia.

Il 28 ottobre u. s. si è riunito sotto la presidenza del prof. Ascoli il Comitato romano pel Congresso di talossoterapia, che avrà luogo in Monaco (Principato) dal 26 al 30 aprile venturo. Erano presenti i professori Ascoli, Alessandri, Sforza, Leotta, Sabatini e P. Ferraresi; avevano scusata l'assenza i proff. Angelini e Signorelli.

Dopo commemorati i defunti membri prof. Rossoni e Tamburini, si decide di chiamare a far parte del Comitato romano i dottori Mariotti, Melloni e Flamini.

Si prendono quindi le necessarie disposizioni affinchè Roma partecipi degnamente a questo grandioso Congresso internazionale, per cui all'estero da tempo fervono preparativi notevoli.

Per tema generale di discussione di questo Congresso di talassoterapia, essendo stato fissato un unico tema: « I tubercolosi al mare », per il quale saranno presentate due relazioni: *a*) Le tubercolosi mediche; *b*) Le tubercolosi chirurgiche, il Comitato decide di affidare ai Proff. Sforza e Mariotti l'incarico di redigere una relazione « Sugli Istituti antitubercolari di Roma, con speciale riguardo alle istituzioni parascolastiche », e ai Proff. Ferraresi e Flamini una relazione di contributo al tema « I tubercolosi al Mare » per quanto riguarda la parte chirurgica.

I medici i quali intendono partecipare a questo Congresso e presentarvi relazioni, possono rivolgersi al Prof. Vittorio Ascoli (R. Istituto di Clinica Medica, Roma).

Terremo informati i lettori della successiva organizzazione per la partecipazione italiana alla importante serie di Congressi internazionali, che si terrà a Monaco dal 20 al 30 aprile 1920' essendo tutti di altissimo diretto interesse del nostro paese, poichè riguardano le più vive fonti del suo patrimonio economico (Congresso di Talassoterapia, C. delle Città d'acque e stazioni termali, C. di Igiene e Climatologia, C. di Idrologia, Geologia e Fisiologia, C. di Turismo ed Alpinismo, Esposizione).

Il Congresso di Ortopedia.

Questo Congresso, il X della Società Italiana di Ortopedia, si è tenuto a Bologna nell'Istituto Rizzoli, il 19 e il 20 ottobre. Numerosi gl'intervenuti, da ogni regione d'Italia. I temi svolti riguardarono la Protesi (relatore il prof. Dalla Vedova), il Trattamento delle psudoartrosi (relatore il prof. Palagi), ecc. Una seduta fu dedicata alle dimostarzioni di tecnica operatoria: il prof. Putti eseguì un'artroplastica per anchilosi del ginocchio; il dott. Abele Fred, di New York, dei trapianti ossei. Il Putti presentò anche operati d'artoplastica, perfettamente guariti e funzionalmente perfetti dopo parecchi anni dal subito intervento chirurgico.

Congresso della Federazione igienisti.

La Presidenza di questa Federazione ha deliberato di tenere a Trieste nella primavera del 1920 il suo Congresso Nazionale, fissando già fin d'ora i seguenti temi: 1. Protezione dell'infanzia; 2. Denuncia obbligatoria della tubercolosi; 3. L'isolamento dei tubercolosi; 4. La malaria. Stato attuale della profilassi; 5. La nostra legislazione sulla vigilanza annonaria; 6. Polizia sanitaria del lavoro.

Convegno della Pubblica Assistenza.

Il 20 ottobre si è tenuto a Roma un Convegno della Federazione Nazionale fra le Società e Scuole di pubblica assistenza.

Accertato il patrimonio attuale in oltre mezzo milione ed avvisato ai provvedimenti per aumentarne sempre più la portata, si è deliberato di istituire le seguenti opere di patronato in tutt'Italia: eliminazione dell'accattonaggio col ricovero e con la protezione dei vecchi e degli inabili al lavoro e con uffici di collocamento; ricovero per l'educazione dell'infanzia abbandonata; stazioni climatiche e marine e dispensari anti-tubercolari; cassa di assicurazione per i militi e per gli orfani dei militi morti in guerra o in servizio.

Si è deliberata poi la fondazione di nuove Società, specialmente nel Mezzogiorno, nelle isole e nelle nuove terre annesse o da annettersi alla Patria.

Nella Società Italiana per il progresso delle Scienze.

La Società italiana per il progresso delle Scienze ha nominato presidente il prof. Valeri; vice-presidenti: Chiovenda e Monti: presidenti di Sezione: Cesaris-Demel e Mattirolo; membro del Comitato scientifico: Aducco; rappresentante del Comitato talassografico: Bottazzi; segretario: V. Reina.

L'igiene sociale e il Partito liberale.

Al Congresso del Partito liberale venne approvato ad unanimità il seguente Ordine del giorno: « Il Congresso del Partito Liberale Italiano, conscio della importanza che i molteplici problemi della igiene sociale e del lavoro hanno nella vita del Paese;

ritenuto che l'attuale organizzazione sanitaria, impigliata nelle maglie burocratiche e politiche delle Amministrazioni centrali e locali, non possa avere quella libertà e quella autorità che sono necessarie per la risoluzione dei vari problemi d'igiene sociale e di assistenza sanitaria, e che appunto da questa mancata libertà del suo funzionamento dipendono in gran parte le gravi deficienze che in materia igienico-sanitaria vengono lamentate in Italia;

fa voti che sia completamente riformata l'attuale legislazione sanitaria in modo da rendere del tutto autonomo il funzionamento di questa organizzazione tecnica, che da un Ministro dell'igiene pubblica attraverso una Direzione di sanità composta con criteri più pratici, attraverso uffici sanitari provinciali forniti di adatto personale e di appositi Gabinetti e di medici scolastici, ufficiali sanitari intercomunali, giunga fino all'assistenza sanitaria compiuta da medici condotti avocati completamente allo Stato ».

Case di cura per i malarici ex combattenti.

A cura del Ministero per l'assistenza militare e le pensioni di guerra nella prossima estate funzioneranno quattro « Case di alta montagna oer i malarici ex combattenti ».

Tali case, la cui gestione sarà affidata alla benemerita Associazione delle Croci Rosse con la collaborazione scientifica della Clinica del lavoro di Milano e delle Cliniche delle RR. Università, sorgeranno una nel Trentino, per gli ex combattenti residenti nell'Alta Italia e nella Venezia Giulia e Tridentina, una nel Pistoiese o negli Abruzzi per la media Italia, una nelle Calabri od in Sicilia per l'Italia meridionale ed una in Sardegna.

Nel frattempo vengono dallo stesso Ministero e dalla Direzione di Sanità pubblica intensificate le misure profilattiche, con speciali provvidenze anche a favore delle famiglie dei malarici ex combattenti.

Scuola di assistenza all'infanzia.

Venne fondata a Roma nel 1911 allo scopo di insegnare praticamente alle giovani il modo di assistere il bambino sano ed ammalato.

Si iniziò molto modestamente nei locali del Brefotrofio, in un padiglione Döcker; in seguito si è andata gradatamente sviluppando ed occupò un secondo padiglione, più grande del primo. Non solo il numero delle allieve è di anno in anno aumentato, ma il funzionamento e gli scopi si sono andati rendendo più complessi.

Nel febbraio di quest'anno la Scuola si è trasferita in locali propri, a San Gregorio al Celio, in un terreno concesso in uso dal Sindaco di Roma, in una posizione incantevole della zona archeologica. Quivi sono stati impiantati due padiglioni per ricovero di bambini, uno per alloggio delle allieve (internato), una vaccheria, una lavanderia ed una casetta per servizi generali (cucina, refettorio ecc.). Cambiando la sede, la scuola subiva notevoli modificazioni nel suo funzionamento: non più dipendente dal Brefotrofio, divenuta autonoma, doveva vivere con mezzi propri. Era perciò necessario aumentare notevolmente il bilancio, specialmente per il mantenimento dei bambini e delle balie, che doveva accogliere a proprie spese. A far fronte a tale aumento di bilancio ha concorso sopratutto la Direzione Generale della Sanità Pubblica, nonchè il contributo del Ministero dell'interno.

La Scuola costituisce una parte di un complesso Laboratorio di Biologia Umana, il quale fino ad oggi comprende i seguenti istituti: 1° Asilo di ricovero per bambini fino al 3° anno di età, prevalentemente lattanti; 2° Scuola di assistenza all'infanzia propriamente detta; 3° Consultazione per bambini lattanti e goccia di latte; 4° Istituto delle visite a domicilio; 5° Scuola per maestre rurali.

Di tutta questa feconda operosità dà notizia il direttore generale dell'istituzione, dott. Mario Flamini, in una relazione testè pubblicata.

Scuola francese di Stomatologia.

Ha lo scopo di impartire l'insegnamento della specialità agli studenti di medicina ed ai medici che intendono addestrarsi e perfezionarsi in essa.

L'insegnamento, affidato a medici specialisti e tecnici, comprenderà:

1° La Clinica generale delle malattie della bocca e dei denti;

2° Corsi speciali sui diversi rami della stomatologia.;

3° Lavori pratici di tecnica operatoria, di protesi, di ortodontia e di laboratorio.

Per le iscrizioni e per informazioni rivolgersi al dott. J. Ferrier, direttore della scuola, od al dott. Bozo, direttore aggiunto, 20, Lassage Dauphine, Parigi.

Corsi di perfezionamento sulla tubercolosi polmonare.

Tre corsi di perfezionamento sulla tubercolosi polmonare avranno luogo a Parigi durante l'anno scolastico 1919-1920. Ognuno di essi avrà la durata di sei settimane. Il primo si è iniziato il 15 ottobre 1919, il secondo e il terzo avranno principio il 15 aprile e il 15 giugno 1920. L'insegnamento sarà di natura essenzialmente pratica e comprenderà la batteriologia, l'anatomia patologica, la diagnostica fisica, la laringologia, l'igiene sociale e la tecnica amministrativa dei dispensari. Le conferenze e gli esercizî pratici saranno tenuti nel pomeriggio e tutte le mattine gli allievi lavoreranno individualmente all'ospedale e al dispensario, assieme ai medici direttori dei corsi. Questi sono aperti ai medici francesi ed alleati. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi al sig. E. Rist, rue Magdebourg 5, Parigi.

ANGELO ROTH

Ancora nel pieno vigore delle sue forze — aveva appena sessantaquattro anni, essendo nato in Alghero nel 1855, — quando era stato chiamato dal voto unanime della Facoltà di Genova a dirigere quella Clinica Chirurgica succedendo al Novaro, e compiva con attività e diligenza esemplari il suo ufficio di Sotto Segretario all'Istruzione Pubblica, fu colpito dal primo e grave attacco del male che ne fiaccò l'energia, ma lasciò integra l'intelligenza, tanto da destare ancora delle speranze di un suo ritorno ad una vita fattiva, se pur limitata.



Quando un secondo improvviso attacco lo finì, questa volta pietosamente di un tratto, e fra le braccia della famiglia che adorava, nella sua diletta Sassari, fra i discepoli e gli amici devoti.

Dalla nativa Sardegna dopo gli studî secondari, era andato a frequentare l'Università di Torino, con una borsa di studio, che si guadagnò per concorso nel collegio Carlo Alberto. Fu allievo dell'ospedale di S. Giovanni, e fu altamente apprezzato da maestri e colleghi per la sua intelligenza e il suo studio indefesso; più volte l'ho udito ricordare quel felice periodo della sua gioventù, e rammentare la scuola del Margary, donde aveva attinto l'amore alla chirurgia; e a quell'insegnamento risalgono le sue prime preferenze per la chirurgia ossea e articolare, colle sue pubblicazioni sulle coxiti e sulle anchilosi, materiate di fatti e di osservazioni acute.

Ritornato a Sassari fu prima aggregato a quella Facoltà; venne poi nominato Professore di Clinica Chirurgica a Cagliari e vi rimase per alcuni anni, legandosi fin d'allora d'affetto mai smentito da ambo le parti col suo primo assistente ed allievo, Roberto Binaghi. Cedendo poi alle insistenze delle più cospicue personalità Sassaresi, tornò a quella Università, che può dirsi veramente sua per il lungo magistero che vi esercitò e per lo sviluppo che le impresse non solo come Direttore della Clinica, ma come Preside, come Rettore, come uomo di governo, rendendola nota e ricercata da studenti e da professori: per essa passò il fiore, possiamo dire, dei giovani insegnanti italiani, che pur rimanendovi per lo più solo transitoriamente, esercitavano là le loro prime armi e vi esplicavano gli entusiasmi iniziali della loro fervida azione scientifica.

È di questo periodo la sua attività chirurgica più intensa, svoltasi in tutti i campi, con predilezione nella chirurgia urinaria, dove può dirsi egli indicò nuove vie. È facile oggi giudicare di non grande importanza certe indicazioni del taglio soprapubico, ma occorre riportarsi a quel periodo, in cui la chirurgia delle vie urinarie non solo in Italia, ma dovunque, era ancora incerta nei primi passi, che sono stati i più importanti pei progressi ulteriori, a cui Angelo Roth contribuì con tanta efficacia.

La politica lo sviò poi in parte dall'insegnamento e dalla pratica chirurgica. Pure egli non trascurò mai del tutto la cattedra, e specie nel periodo in cui appartenne al Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, pur dando tanto della sua attività alle gravi questioni che vi si trattavano, intramezzava colle gite a Roma l'esercizio alacre dell'insegnamento e la direzione della clinica. E così nei primi tempi, in cui Deputato per Alghero più frequentemente doveva lasciar la Sardegna per le sedute parlamentari.

Ricordo ancora con viva compiacenza le onoranze che gli furono tributate a Sassari per il venticinquesimo anno del suo insegnamento nel 1914, pochi mesi prima dello scoppio della guerra, cui presero parte illustri scienziati, amici affezionati, e sopratutto l'intera Sassari, e rappresentanti del resto della Sardegna, testimoniando la devozione e la riconoscenza per la sua opera in prò dell'Università e di tutta l'isola.

Negli ultimi tempi la sua nomina a Sotto Segretario lo distolse del tutto dalla cattedra. E fu gran peccato; tanto per la chirurgia, cui così venne meno il contributo delle sua mente geniale e della sua larga esperienza, quanto per lui stesso e per la sua famiglia, chè forse all'affaticamento eccessivo e al lavoro assiduo e antigienico cui con raro spirito di dovere si sottopose, si dovette in gran parte il suo prematuro logorio.

Ma anche in questo campo come rifulge la sua nobile figura! Caso forse più unico che raro, rimase, pregato, al suo posto anche col cambiar dei Ministri, tanta era la solerzia e l'obbiettività rigorosa che egli portava nel suo altissimo ufficio. E nello stesso tempo sempre sereno, anzi lieto di benevola arguzia, sorridente con gli amici, pur dando tutto il suo ingegno e il suo tempo ai più ardui problemi della cultura nazionale.

Lo ricordo ancora in quella vasta sala, alla Minerva dove stava rinchiuso intere giornate, lavorando assiduamente, mentre in uno stanzino lì presso aveva accomodato un lettuccio per non allontanarsene troppo e per essere pronto di buon mattino, e dove lo colpì inesorabile il fato, che dopo questi pochi mesi di sofferenze e di speranze, lo ha tolto per sempre all'affetto dei suoi, agli amici, alla scienza, alla patria!

R. ALESSANDRI.

Le malattie del cuore e dei vasi

Periodico mensile

Fondato dal prof. FILIBERTO MARIANI della R. Università di Genova.

Sommario del N. 8 – Anno III (1º agosto 1919).

LAVORI ORIGINALI. — Sulle forme traumatiche dell'insufficienza delle valvole aortiche (*Prof. Spiro Livierato*). — Le cardiopatie come causa d'invalidità di guerra (*Dott. Carlo Gennari*).

RASSEGNE E RIVISTE. — Il cuore piccolo mediano nei tubercolosi (*Carlo Guarini*) Studî sulla capacità funzionale del cuore (*T. B. Barringer*). — Un raro caso di dilatazione dell'arteria polmonare constatato ai raggi X (*L. Coleschi*). — Manifestazioni cardiache della scarlattina (*Florand* e *Paraf*). — Nozioni pratiche sulla diagnosi e sul valore dei soffi cardiaci (*Laubry*). — Malaria autoctona. Aortite subacuta malarica. Iniezioni endovenose di chinino. Regressione dei sintomi (*G. Rosenthal e S. Bloch*). — Endocardite e miocardite reumatica; una forma curiosa d'insufficienza aortica (*W. Kouwenaar*). — Il rinforzo dei rumori cardiaci con la comprensione dell'aorta addominale. La percussione paravertebrale nelle cardiopatie (*A. Amati*). — Studio clinico e terapeutico dell'insufficienza del ventricolo sinistro, nel corso di nefrite croniche ipertensive (*J. Castaigne*). — L'endocardite scarlattinosa (*Nobécourt*). — Effetto delle inspirazioni profonde sul soffio leggiero dell'insufficienza aortica nei giovani soggetti (*W. Gordon*). — Un caso di propagazione a distanza di un soffio cardiaco (*G. Griffiths*). — Metodo funzionale della misura della pressione sanguigna: contributo allo studio della pressione sanguigna nelle aritmie (*Kilgon*). — Un apparecchio destinato a trascrivere la pressione sanguigna dell'uomo in modo continuo (*A. C. Kolls*). — Esiste, contrariamente all'opinione di Lews, Makenzie, Hering, un cuore sfrenato (tachicardia parossistica) di origine sinusale? (*G. Galli*).

Sommario del N. 9 – Anno III (1º settembre 1919).

LAVORI ORIGINALI. — Un nuovo riflesso viscerale: riflesso oculo-miocardiotonico (*Prof. Cesare Minerbi*). — Contributo clinico allo studio della sindrome semeiologica che svela l'ipotonia del miocardio (*Paramythiottis Filoctimon*). — Le cardiopatie come causa d'invalidità di guerra (*Dott. Carlo Gennari*).

RASSEGNE E RIVISTE. — La contrazione muscolare complessa della sistole cardiaca (*S. Etienne* e *M.lle Mondlange*). — Il metodo ascoltatore della sfigmomanometria (*Tixieu*). — La marcia di prova e l'attitudine funzionale cardiaca dei tachicardiaci (*M. Lacompte*). — La pressione sistolica misurata all'omerale e alle tibiali in malati affetti da insufficienza aortica. — La pressione arteriosa in sette casi di malattia di Addison (*René Porak*). — La circolazione retinica (*P. Bailliart*). — Le variazioni della massa sanguigna studiate dal punto di vista clinico (*Prevel*). — La pressione del polso (*Warfield*). — Qualche nota pratica sulla tensione sanguigna (*Wan Ness Deardborn*). — Misura della pressione sanguigna: sue possibilità e suoi limiti nella medicina moderna (*Kilgore*). — La pressione arteriosa in pediatria (*Nizzoli*). — Studio della pressione sanguigna di cinquecento uomini (*Bernard Smith*). — Influenza della musica sulla pressione (*J. H. Hyde* e *W. Scalapino*). — Studio comparativo della pressione sanguigna nelle anestesie (*A. Miller*). — La pressione arteriosa come guida nelle grandi operazioni (*H. G. Giddings*). — Gli effetti della compressione oculare: riflessi oculo-circolatori, oculo-respiratori e oculo-motori (*Ch. Achard* e *L. Binet*). — La pressione arteriosa sistolica dopo l'esercizio con osservazioni sulla capacità cardiaca (*L. Rapport*). Radiografia nell'aorta toracica iniettata (*M. A. Mougeot*). — Infarto del cuore similante una malattia acuta dell'addome (*A. Levine* e *L. Trauter*). Studio comparativo del riflesso oculo-cardiaco moderatore e oculo cardiaco dilatatere (*L. Cornil* e *G. Caillods*).

Sommario del N. 10 – Anno III (1º ottobre 1919).

LAVORI ORIGINALI. — Di un nuovo fenomeno di sincronismo con rapporto da 1 : 2, fra i movimenti del respiro e del cuore (*Prof. Giovanni Galli*). — Sull'esaurimento cardiaco (*Dott. Vincenzo Finocchiaro*). — La prognosi dei vizi valvolari del cuore nel periodo di eusistolia (*Prof. I. Romanelli*).

RASSEGNE E RIVISTE. — I preparati oppiacei nelle malattie cardio-vascolari (*Laubry* e *Esmein*). — Un caso di endocardite gonococcica (*H. A. Benon*). — L'uso del digalen in supposte (*Morin*). — Un caso di ferita del cuore da scheggia di bomba a mano con emopericardio bloccante. Intervento (*M. Mauro*). — Osservazione d'un caso di pericardite tubercolare (*M. H. Barbier*). Contributo allo studio sull'ostacolo che può offrire il pericardio al cammino dei proiettili d'arma da fuoco. Constatazione radiologica (*C. Guarini*). — Equivoci di diagnosi nei vizi cardiaci mitralici (*A. Ferranini*). — Proiettile pervenuto per via venosa e libera nel V. D. del cuore (*M. Ponzio*). — Endocardite infettiva secondaria dei cardiopatici (*R. Lutembacher*). — Un metodo per facilitare il giudizio sulla capacità dinamica del cuore (*G. Galli*).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXVI *Roma, 26 ottobre 1919* **Fasc. 43**

(Pubblicato il 14 novembre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Taglio ad U rovesciato delle pareti addominali.

Nota del prof. GIUSEPPE RUGGI, presentata alla Società Italiana di Chirurgia l'ottobre 1919.

Vi farà sorpresa che io voglia in oggi parlarvi ancora di modificazioni al taglio delle pareti addominali, avendo su questo argomento più volte interloquito.

È vostra cognizione infatti che fin dal 23 agosto del 1889, eseguendo la estirpazione di un carcinoma primitivo della coda del pancreas, misi ad esperimento per la prima volta il mio taglio trasversale delle pareti addominali, che resi di pubblica conoscenza nel 1890 (1).

Sullo stesso argomento ritornai dipoi nell'adunanza della Società Italiana di Chirurgia, tenutasi in Roma nel 1891, parlando a preferenza della splenectomia con speciale riguardo alla sua tecnica (2).

(1) ENRICO DETKEN. *Intorno ad un caso di carcinoma primitivo del pancreas curato e guarito coll'asportazione del tumore.* (« Giorn. Int. delle Scienze Med. », anno XIII, 1890).

(2) *Statistica delle laparatomie con speciali considerazioni intorno alla tecnica della splenectomia.* (Roma, 1892).

Il taglio trasversale fu da me ideato, proposto ed eseguito per molteplici operazioni quali, oltre le sopra indicate, i tumori retroperitoneali tutti, iperplastici e neoplastici, nonchè quelli decisamente infettivi, posti nella parte alta della cavità addominale. Tale pratica è fondata sulle indicazioni seguenti:

1° — possibilità di raggiungere più facilmente lo scopo, aprendo e dominando il tessuto cellulare retro-peritoneale, talvolta senza ledere il cavo peritoneale stesso;

2° — possibilità di eseguire con tecnica razionale lo svuotamento del liquido e l'applicazione successiva di drenaggi oltremodo efficaci, perchè posti in posizione declive;

3° — sicurezza di una cicatrice successiva tenace, che toglie il pericolo di possibili ernie ventrali nel posto operato.

Un simile taglio, anche in questa nostra guerra ha avuto, per mia parte e per quella di diversi miei ottimi allievi, larghe applicazioni. Nelle ferite del fegato, per esempio, della milza, dei reni, in una parola di tutti i visceri sottodiaframmatici, il taglio trasversale sottocostale delle pareti addominali raggiunse sempre il più efficace successo.

Il taglio trasversale sottocostale delle pareti addominali, io l'ho ideato, come ho detto più sopra, fin dall'agosto del 1889. Non mi consta che

altri, prima di me, l'abbia eseguito. Il solo Péan, che mi ha seguito dappresso in questa pratica, consigliava il taglio trasversale delle paretia ddominali nelle nefrectomie. Egli rese noto il suo metodo nel 1894 al Congresso di Roma. Di esso scrisse poi ampiamente nel Tomo IV della sua opera a pagina 416. Chiamò tale metodo: *Nefrectomie lombo-abdominale où trasversale.*

Però il Péan conosceva già il taglio da me eseguito fino dal 1889, e questo io deduco dalla esposizione succinta che egli fa del mio caso d'asportazione del tumore della coda del pancreas.

Nello stesso volume a pagina 968, parla appunto del mio taglio *laterale, oblique, de la paroi abdominale dans le flanc gauche.*

I concetti che mi guidarono a questa pratica sono a preferenza fondati sull'anatomia delle pareti addominali, nonchè sulla disposizione del cavo addominale sottodiaframmatico, dove parti anatomiche importantissime e visceri vitali si annidano e sono fra di loro in istretto contatto, essendo isolati e contemporaneamente congiunti dal peritoneo, che forma la grande insaccatura, dell'importanza della quale siamo tutti bene edotti. Questa ampia sacca, che costituiva per i vecchi chirurghi un'incognita dolorosa, si rese, dopo molte prove e frequenti disillusioni, di facile accesso e di sicura trattazione, date le regole stabilite che si devono rigorosamente seguire. Però, qualora si possa, è sempre prescritto da tutti i chirurghi incidere le pareti addominali senza aprire il cavo peritoneale. Se poi sia necessario aprirlo, è bene fare le incisioni per guisa che, data la possibilità di una infezione, queste diano facile sfogo al liquidi versati o che si potessero successivamente versare nel cavo peritoneale.

Ora, questa pratica, oggidì da tutti riconosciuta salutare, si ottiene con sicurezza mediante l'indicato taglio trasversale nella parte alta delle pareti addominali. Per esso si raggiunge in addietro il cellulare retro-peritoneale e si rende sicuro lo svuotamento di questo recesso, come della cavità degli omenti, parti nelle quali, per le vene ed i linfatici numerosi che attraversano il diaframma, viene favorito grandemente l'assorbimento dei liquidi.

Ma io dicevo che anche disposizioni anatomiche tutte speciali delle pareti addominali trovavano nel taglio trasversale da me ideato la loro logica indicazione.

Anzi tutto si deve tener calcolo della divisione dei fasci delle fibre dei tre grandi muscoli costituenti la cintura dell'addome, aventi tutti i loro punti d'attacco in addietro e sulla linea mediana (grande obliquo, piccolo obliquo e trasverso). Tale condizione anatomica fa si che, senza volere sottilizzare le cose, come ha voluto fare successivamente lo Sprengel, i singoli fasci muscolari divisi dal coltello chirurgico si possono assai facilmente e più tenacemente riunire mediante sutura, di quello che sulla linea mediana. Questo vantaggio risentono in ispecie i soggetti aventi le pareti del ventre di soverchio distese, coi fasci aponeurotici distrofici. In simili casi si nota più che mai la difficoltà di riunire con punti di sutura fasci di fibre che sono posti nella stessa direzione di essi. Là dove invece i fasci di fibre da riunire nella loro grande massa, siano presi dai fili di sutura in senso opposto al loro andamento, si avrà la maggior possibilità, anzi la certezza di una tenace e duratura riunione delle parti.

È tanto vero ciò che nelle laparotomie con taglio trasversale mai vidi verificarsi disgiungimenti di parti e presenza di ernie secondarie alla riunione avutasi di prima intenzione, anche se questa non si ottenne in totalità, stante la presenza attraverso la ferita stessa di grossolani drenaggi.

Ma anche la disposizione anatomica tutta speciale dei muscoli retti dell'addome nel loro tratto superiore all'ombellico, rende possibile la facile e salda riunione delle parti. Difatti i muscoli predetti, al disopra dell'ombellico, assumono rapporti tutto speciali colle aponeurosi dei muscoli larghi addominali, che li rendono con queste connessi e tutelati per modo da potersi, anche se tagliati trasversalmente, con tutta facilità e sicurezza ricongiungere. È questa una disposizione ben diversa da quella che si osserva al disotto dell'ombellico, specie nel tratto più basso. Quivi i muscoli retti, incisi trasversalmente, non possono venire ricongiunti, appunto perchè mancano della tutela aponeurotica che esiste in alto e che fa una cosa sola con essi.

Al disopra dell'ombellico le accennate aponeurosi formano come degli astucci, alla composizione dei quali concorrono, da una parte le fibre del grande obliquo che passano al davanti dei muscoli retti per ricongiungersi sulla linea mediana e per prendere parte alla formazione della linea alta, dall'altra l'obliquo interno che passa parte in avanti e parte in addietro insieme al muscolo trasverso addominale. Si aggiunga a tutto ciò l'esistenza, al disopra dell'ombellico, delle intersezioni tendinee muscolari, le quali, essendo tenacemente riunite in ispecie all'aponeurosi dell'obliquo esterno e della porzione anteriore dell'obliquo interno, formano un tutto unito coi muscoli predetti.

Data l'accennata disposizione, i muscoli retti al disopra della cicatrice ombellicale formano come tanti ventri muscolari, aventi saldi rapporti colle aponeurosi robustissime dell'addome, colle quali si possono successivamente ricongiungere, anche quando sono incisi trasversalmente.

Questi tutti, formano i concetti fondamentali,

pratici ed anatomici che mi guidarono fino da principio, cioè fino dal 1898, ad eseguire con fortuna il taglio trasversale sotto-toracico delle parti addominali.

Il dott. Ugo Stoppato, mio ottimo allievo ed ora anche mio Assistente clinico, si è ingegnato di mostrare anatomicamente ed anche con schemi grafici tratti dai suoi studi sul cadavere, che il taglio sulla linea mediana dell'addome è la migliore delle incisioni addominali, come del resto è quella a preferenza da tutti eseguita (1).

Questo egli pubblicava in contraddittorio a quanto era stato asserito dallo Sprengel che il taglio longitudinale sulla linea mediana rigorosamente proscriveva (2).

Lo Sprengel, in un periodo molto posteriore a quanto io avevo più volte pubblicato, si affaticava a dimostrare l'assurdo; cioè persino nocivo quello che la grande maggioranza dei chirurghi ha dimostrato ottimo; ma il taglio dell'addome nella linea mediana che si praticava prima del suo scritto con grande vantaggio dell'umanità, si seguita ad usare nella grande maggioranza dei casi con risultati sempre più brillanti.

Nei miei scritti io mi sono sempre mostrato partigiano del taglio sulla linea mediana dell'addome, ma contemporaneamente ho dovuto servirmi in casi speciali di tagli diversi, fra questi del taglio trasversale delle pareti addominali, quale ho più sopra esposto.

Così ho usato talvolta il taglio trasversale bilaterale per guisa che l'addome veniva diviso in alto completamente in senso trasversale: come in alcuni casi, ho usato un taglio trasversale unito al verticale mediano, in modo da formare un lembo costituito da tutto il quadrante inferiore di un lato dell'addome, associato a parte della parete corrispondente alla regione colica.

Di laparotomie ne ho praticate molte, perchè, se nel 1897 potevo registrare la mia millesima laparotomia (3), cifra da nessun altro chirurgo italiano raggiunta in quel tempo, dopo moltissime ancora ne ho praticate, seguendo il taglio mediano e solo per eccezione con taglio diverso.

Ora mi è grato esporre un taglio tutto nuovo delle pareti addominali, che mi sono sentito autorizzato a praticare e che credo possa avere ulteriori importanti applicazioni. L'occasione me la offerse uno dei nostri eroici soldati, che presentava una fistola stercoracea nella parte anteriore

(1) Stoppato Ugo. *Sulla direzione dei tagli laparatomici.* Contributo alla chirurgia fisiologica. (Tip. Gamberini, Bologna, 1915).

(2) Sprengel. « Langenbreck archiv », vol. 92, 1910, pag. 538.

(3) Ruggi. *Rendiconto statistico relativo a 1000 laparotomie.* Comunicazione fatta alla Soc. Med. Chir. di Bologna, 17 dicembre 1897.

mediana della parete addominale, associata ad altra fistola stercoracea posta nella parte superiore della coscia destra (fossa dello Scarpa). Ecco in breve la storia clinica:

C... Fortunato, sergente maggiore nel... artiglieria da montagna, il 24 novembre 1917 alle 7 del mattino sul Monte... fu ferito da un proietto di fucile che, penetrato quasi nel centro del quadrante inferiore sinistro, attraversò obliquamente da sinistra a destra e dall'alto in basso il cavo addominale, fuoriuscendo dalla regione dell'anca destra, a livello del margine anteriore del grande trocantere. La sera dello stesso giorno, cioè 11 ore dopo, nell'Ospedale da Campo, N. 131 della 4ª Armata, fu operato, previa narcosi cloroformica, di laparotomia mediana sottombellicale. Dalla cartella clinica di questo Ospedale si rileva che, aperto il ventre, furono riscontrati numerosi fori nelle anse del tenue con distruzione di ampi tratti di parete intestinale; anche il ceco era perforato. Furono fatte tre resezioni intestinali, con anastomosi termino-terminali; e suturate altre perforazioni semplici. Il cavo peritoneale fu drenato alla Mikulicz e le pareti vennero suturate.

Ma il 9 ottobre, cioè 14 giorni dopo l'intervento, si era formata una fistola intestinale con fuoriuscita di abbondantissimo liquame dal punto del drenaggio. Il 15 ott., essendo il soldato in condizioni generali discrete, quantunque molto dimagrato, fu trasferito all'Osp. da Campo 0,20, dove rimase fino al 28 dello stesso mese, per essere quindi trasferito all'Osped. Milit. di Tappa di Verona. Di qui, per necessità di sgombero, fu fatto partire il 24 gennaio del 1918 con treno attrezzato diretto all'Osped. Milit. di Montecatini. Ma durante il viaggio il paziente fu così tormentato per i dolori all'articolazione dell'anca destra, che gli procuravano le scosse della vettura, che fu d'uopo depositarlo al posto di soccorso della stazione di Bologna. La mattina del 26 genn. fu trasferito in Clinica Chirurgica.

All'esame del malato si osservava nel mezzo della cicatrice laparotomica una fistola intestinale della grandezza di una moneta da due centesimi, che dava esito a materiali fecali talvolta assai liquidi e verdastri, tal'altra più consistenti. La pelle per una ampia zona all'intorno era macerata e sede di vivo dolore. L'infermo era assai deperito e tormentato inoltre da dolori gravi all'articolazione dell'anca destra. Fu provveduto subito a guarire la macerazione cutanea con compresse di garza intrise di vaselina gialla e a limitare la perdita del contenuto intestinale mantenendo la fistola chiusa, per quanto fosse possibile, con un tamponcino di garza.

In breve le condizioni di nutrizione dell'infermo migliorarono molto, specie nel primo mese di degenza e la fistola si restrinse tanto che il 17 marzo si chiuse spontaneamente, e tale si mantenne fino al 31 dello stesso mese, per comparire di nuovo e persistere quantunque di grandezza un po' minore della primitiva.

In questo intervallo di tempo si era manifestata alla radice della coscia destra, che era stata sempre sede di dolori fin dal momento della ferita sul campo, una tumefazione che gradatamente occupò tutta la fossa dello Scarpa. Devo dire che la radiografia del bacino, fatta fin dai primi giorni di degenza in Clinica, aveva dimostrato una le-

sione dell'articolazione coxo-femorale destra con diminuzione di volume ed erosione della testa del femore.

Il 3 aprile per il rapido arrossarsi della pelle, per la comparsa di gas e la febbre alta, fu d'uopo procedere allo svuotamento della raccolta, ciò che feci praticando nel triangolo di Scarpa una incisione di circa 12 centimetri con direzione pressochè parallela alla piega dell'inguine. L'apertura dette esito a pus e a materiali fecali. Fu provveduto poi in seguito a un migliore drenaggio con una contro apertura alla faccia interna e un'altra alla faccia posteriore della coscia. I tragitti vennero drenati con tubi di gomma.

Si era in tal modo stabilita in questo soggetto una via di comunicazione tra il lume intestinale e l'articolazione coxo-femorale destra, comunicazione indubbiamente dovuta al passaggio del proiettile attraverso l'addome e successivamente attraverso le parti costituenti l'articolazione. Ciò risultava ad evidenza congiungendo con una linea immaginaria le due cicatrici che rappresentavano il punto d'entrata e quello d'uscita del proiettile stesso. Eravamo perciò in questo caso di fronte a due tramiti attraverso i quali fuoriuscivano all'esterno i materiali fecali; uno nella parte anteriore mediana della parete addominale, l'altro nella fossa dello Scarpa.

Queste erano le condizioni del nostro infermo, quando mi decisi ad intervenire per guarirlo.

Operazione. — 24 aprile 1918. Narcosi Morfo-Eterea. Posizione del paziente leggermente inclinata verso le spalle.

Disinfezione accurata della parete addominale con alcool iodato e chiusura temporanea della fistola intestinale con due punti di seta passati attraverso la pelle e annodati sopra un piccolo piumacciolo di garza posto nel centro della fistola.

Incisione della pelle della parete addominale in modo da costituire una figura ad U rovesciato, i cui estremi arrivano a 4 centimetri al disopra del punto di mezzo della piega inguinale d'entrambi i lati. La porzione curva attraversa la linea xifo-ombellicale a 6 centimetri circa sopra l'ombellico. Approfondando il taglio pararettale nelle parti sottostanti e nella stessa direzione scolpisco un ampio lembo costituito da tutti gli strati delle pareti addominali e che ribatto in basso sul pube. Sulla faccia peritoneale di questo lembo trovo un'ansa dell'ileo adesa per un lungo tratto della sua superficie opposta all'inserzione mesenteriale. L'adesione segue un decorso orizzontale dal punto della fistola addominale, verso la fossa iliaca interna. Staccata delicatamente quest'ansa, ne risulta, a carico di essa, un'ampia soluzione di continuo trasversale della lunghezza di circa 3 centimetri; nello stesso tempo si mette allo scoperto nella fossa iliaca destra, un piccolo foro che si riconosce come il punto di comunicazione tra il lume intestinale e la cavità acetabolare.

Reseco quindi il tratto dell'ansa intestinale lesa, e unisco i due monconi con una sutura termino-terminale. Pratico quindi la chiusura del foro, che ora mette in comunicazione il cavo addominale con la cavità acetabolare, mediante tre punti staccati di catgut, comprendenti il peritoneo circostante.

Fatto questo, asporto completamente i tessuti attorno al seno fistoloso della parete addominale, e, completata la pulizia del peritoneo, suturo a strati le pareti addominali, dopo aver lasciati due drenaggi, fatti alla mia maniera, con garza avvolta da guttaperga laminata, uno passante attraverso il punto della vecchia fistola addominale, l'altro all'estremo destro dell'incisione ad U.

Il decorso fu ottimo, con scarsa elevazione di temperatura e senza risentimento peritoneale. I drenaggi furono cavati in quinta giornata; uno, quello laterale, fu sostituito da un altro più piccolo fatto alla stessa maniera e lasciato in posto per altri 4 giorni. Dopo 20 giorni dalla operazione furono tolti anche i drenaggi dalla fossa dello Scarpa e quello che attraversava la coscia dall'avanti all'indietro sembrando che il pus fosse esaurito. Ma pochi giorni dopo, essendo questo ricomparso, tanto nella fossa dello Scarpa, quanto nel punto del drenaggio addominale laterale, furono drenate un'altra volta entrambe le regioni, finchè quando parve completamente finita la suppurazione ch'era dovuta evidentemente alla lesione articolare, furono entrambi successivamente e definitivamente tolti, si che il paziente era guarito in modo completo il 23 giugno. L'intestino ha sempre funzionato regolarmente senza il minimo disturbo, l'articolazione dell'anca rimase anchilosata con l'arto in buona posizione.

Date le condizioni del soggetto e convinto dello stato settico che presentava la cute, in specie quella della regione epigastrica e pubica, pensai che fosse necessario applicare in questo caso un processo operatorio il quale, oltre ad un'ampia apertura mi desse la certezza d'incidere su parti di cute relativamente facili ad essere disinfettate e così pure ad essere mantenute tali. Il taglio di Pfanenstiel, e tutti gli altri tagli, anche per il fatto che avevo bisogno di dominare la cavità addominale dall'alto, non li trovai applicabili. Io avevo bisogno di raggiungere il cavo peritoneale in un punto dal quale potessi vedere dove si trovava la comunicazione intestinale che alimentava la fistola della parete addominale e quella che dava fuoriuscita alle materie fecali per la fistola stercoracea, esistente alla radice della coscia destra.

In base ai concetti sopra esposti in rapporto al modo d'agire con profitto sulla parete addominale per la riunione successiva di questa, pensai di eseguire, come fu già detto, sulle pareti addominali del mio infermo una grande incisione che ho chiamato ad U rovesciato. Le due incisioni verticali le quali, partendo un poco al disopra della metà d'ambo le regioni inguinali, rimontavano fino oltre il livello della linea ombellicale trasversa (pressochè 4 centimetri) le ricongiunsi per mezzo di una terza ricurva in modo da completare l'U rovesciato; con essa il taglio della cute risalì ancora per oltre due centimetri.

Le due incisioni laterali, corrispondevano ai bordi esterni dei due retti addominali e, interessando il muscolo obliquo esterno, l'interno ed il muscolo trasversale, misero allo scoperto la trasversale. Dopo ciò i due muscoli retti furono trasversalmente incisi in corrispondenza di una intersezione tendinea, raggiungendo la lamina preperitoneale. Eseguita con diligenza l'emostasi, notando quello che già avevo osservato altra volta, cioè la poca attività vascolare intramuscolare in tal punto delle arterie derivanti alla anastomosi delle epigastriche colle mammarie interne, aprii largamente il peritoneo, cominciando appunto dalla parte alta dove supponevo che le parti fossero pressochè allo stato normale.

La storia sopra esposta ed il risultato ottenuto sono la più bella dimostrazione della bontà del processo impiegato.

Mi è grato imparare dal collega Mattoli, qui presente, al quale feci conoscere mesi sono questo mio nuovo taglio delle pareti addominali, che egli ha potuto applicarlo con profitto in un caso di lesione del colon trasverso.

Attendo ora il vostro illuminato responso e spero che altri colleghi vorranno mettere a prova il metodo che ora vi ho esposto. Osservate intanto la fotografia del caso, perchè nè constatiate il bel risultato ottenuto.

CONFERENZE.

Alcuni principî di terapia.

(R. HUTCHISON. *The Practitioner*, 1919, n. 3).

Si è detto che delle tre virtù, la fede, la speranza e la carità, la più importante è la carità. Questa affermazione trova la sua giustificazione anche in medecina. La diagnosi è un atto di fede, la prognosi è una speranza, la cura è una azione di carità. E nulla ha più interesse per l'infermo che la cura. Ma non sempre il medico adempie con vera scienza e coscienza questo atto di pietà.

Innanzi tutto non è ben compreso che ogni trattamento deve avere il suo *piano*. Una cura vaga e senza piano prestabilito dà quasi sempre degli insuccessi. Molto spesso non si raggiunge lo scopo perchè il medico non ha un concetto chiaro di quel che desidera o di ciò che è possibile fare. Si deve tenere bene in mente che ogni malattia, o meglio ogni infermo, richiede una cura speciale che deve essere indicata con metodo e precisione. E una volta formato il piano di cura questo, non ostante le eventuali istanze dell'infermo e dei suoi parenti, non deve subire deviazioni.

Il metodo di cura deve essere per quanto più è possibile *semplice*. Una cura complicata di solito riesce inefficace come una cura senza piano prestabilito. Come tutte le cose migliori della vita il trattamento deve essere semplice. Una cura complicata, troppo minuziosa spesso è peggiore della malattia stessa, tanto da costringere il paziente a dire, e con ragione, che preferisce tenersi la sua malattia anzi che sottomettersi al martirio della cura. Nè bisogna domandare ai parenti l'impossibile; è inutile prescrivere cose che essi non possono fare o fare bene.

È inutile, e forse anche dannoso per altri effetti, prescrivere ad un uomo povero di bere champagne o di andare a respirare l'aria della Riviera. Si deve cucire l'abito terapeutico con la stoffa di cui si dispone.

Il sistema di cura deve essere inoltre *esatto*, per modo che il paziente lo comprenda chiaramente. Ed in considerazione del turbamento psichico dell'infermo al momento della visita, turbamento che lo rende distratto, è meglio, specie per quel che riguarda la dieta, che le prescrizioni siano dettagliatamente scritte.

In ogni modo deve essere tenuto sempre presente che la cura deve essere *diretta all'individuo* e non alla malattia. Bisogna sempre considerare che non si ha a che fare con un meccanismo che va male, ma con un individuo, che ha una personalità fisiologica, e che differisce da tutte le altre persone. A tal riguardo il medico di famiglia, che conosce la costituzione del suo paziente, trovasi in condizioni migliori del medico che è consultato per la prima volta o una volta sola. Il medico di famiglia ha visto il paziente in occasione di molte malattie, lo ha osservato per anni, sa in qual modo reagisce a certe medicine, e conosce i punti deboli della sua costituzione. Tali conoscenze sono molto interessanti per curarlo della sua nuova malattia. La necessità di « individualizzare » dovrebbe far bandire i così detti « sistemi » di curare ciascuna malattia. In effetti non può esservi un « sistema » per curare la pulmonite o il tifo: una cura che è giovevole per un infermo non si può di necessità applicare per un altro.

Bisogna guardarsi in fatto di terapia di correre dietro alla moda, nè introdurre nella pratica professionale rimedî che non abbiano già avuta la consacrazione dell'esperienza. Occorre tener presente che la pratica privata non è un campo nel quale si possano tentare gli esperimenti: i nuovi metodi vanno sperimentati negli ospedali, dove si hanno a disposizione i mezzi per un controllo esatto. Non bisogna mai credere che le cose nuove, solo perchè nuove, siano le migliori. I vecchi rimedî hanno di già subito il controllo del tempo, e prima di abbandonarli per altri conviene assicurarsi che i nuovi siano più efficaci. Ci sono medici che si avventurano nell'uso di nuovi metodi di cura, di nuovi medicinali sintetici ad esempio di vaccini, senza averne neppure in parte compresa l'azione.

Comunque pur avendo tendenze conservatrici, si deve cercare di essere ecclettici. Tener presente, cercare di conoscere tutte le idee nuove in fatto di terapia, ma non aver fretta di metterle in pratica prima che abbiano avuto il necessario controllo.

Il trattamento può essere *radicale* o *sintomatico*. Il trattamento *radicale* è quello che colpisce alle radici la malattia. Il trattamento chirurgico è quasi sempre radicale. Un paziente, ad es., ha febbre dovuta ad un accumulo di pus: il chirurgo fa una incisione, svuota il pus, la febbre cessa, il trattamento è stato radicale. Nel campo medico si possono dare pochi esempi di terapia radicale, il più tipico è l'azione del chinino nella malaria.

Purtroppo la maggior parte delle cure non può essere radicale. E quindi bisogna fare il meglio che sia possibile cioè ricorrere al trattamento *sintomatico*, cioè combattere i sintomi. Comunque non bisogna troppo deprezzare questo metodo di cura, perchè se si riesce a far scomparire tutti i sintomi di una malattia, per quel che riguarda il paziente la malattia è praticamente scomparsa. Se di un albero si tagliano gradatamente tutti i rami e poi il tronco, agli effetti pratici si ha lo stesso risultato che se si fosse tagliato l'albero alle radici.

Talora non c'è da fare altro che un trattamento *aspettante*. È un contegno che non soddisfa molto i pazienti e i loro parenti, e qualche volta anche alcuni sanitari, specie chirurgi, i quali dicono che « il trattamento aspettante non è un trattamento: è lo stare con le braccia incrociate mentre la natura compie la sua opera ». Ma conviene tener fermo contro ogni sollecitazione, e più che mai in questi casi si deve sapere inspirare fiducia ai clienti. Bisogna sapere infondere la persuasione che non si tratta di una inazione dovuta ad ignoranza, ma dell'inazione dell'uomo che sa quando si deve intervenire.

Come il trattamento può essere radicale e sintomatico, così i rimedî possono essere *razionali* ed *empirici*. Per rimedio razionale si intende un rimedio che può essere giustificato a lume di logica. Se ad un paziente affetto di insufficienza della tiroide si somministra estratto tiroideo, si fa una prescrizione razionale.

I rimedî empirici invece sono quelli che non possono essere giustificati se non con i risultati dell'esperienza. E purtroppo non si può affermare che i rimedî empirici siano meno efficaci. Forse è vero il contrario. La chinina, la digitale, i salicilati, il colchico sono rimedî empirici, e nessun medico saprebbe rinunziare ad essi sol perchè essi non sono razionali.

Il trattamento di ciascun malato può essere condotto sotto varie forme. La cura può essere generale, dietetica, medicamentosa, specifica, fisica, psichica, operativa. Non è necessario dire che l'una cura non esclude l'altra, anzi esse in ogni caso s'ingranano e concorrono nei loro effetti al medesimo scopo.

Il trattamento *generale* riguarda le condizioni nelle quali deve essere mantenuto il paziente, se sia necessario che stia a letto, quale forma di assistenza sia la più opportuna. Per solito deve essere fatto di tutto perchè il malato economizzi e mantenga le sue forze per poter più vigorosamente lottare contro la malattia.

Per quel che riguarda la *dieta* non vi sono principii generali applicabili in tutti i casi. Per la dieta forse più che per altro conviene considerare prima l'individuo e poi la malattia. In ogni caso è meglio sia fatta la prescrizione scritta tenendo presente che nelle malattie acute si deve ordinare, in quelle croniche si deve proibire. E non bisogna essere eccessivamente rigorosi. Conviene tener conto del gusto del paziente, e, specie nelle malattie lunghe, non fare troppe proibizioni. La monotonia condurrebbe alla stanchezza e quindi alle facili trasgressioni. Le limitazioni in genere non devono riguardare tanto la qualità quanto la quantità. Non è l'ingestione di qualche bicchierino di liquore che conduce all'alcoolismo, ma l'abitudine di berne quotidianamente in grande quantità. Non è qualche pezzo di cioccolatto che provoca la dispepsia, ma l'uso di mangiarne delle intere tavolette ad ogni pasto.

È molto difficile fissare la reale importanza della cura *medicamentosa* in ciascun caso. Generalmente, specie dai pazienti meno istruiti, si attribuisce ad essa il maggiore, se non l'unico valore. E noi pur riconoscendo che una gran quantità di malattie possono essere ben curate senza medicine, cediamo al pregiudizio popolare, e facciamo delle prescrizioni unicamente per dar soddisfazione al malato, soddisfazione che per altro non si può negare perchè l'attitudine mentale del paziente non influisca sfavorevolmente sulla sua malattia. In questi casi sarebbe meglio prescrivere delle sostanze inerti.

A questa disposizione d'animo dei pazienti si contrappone l'atteggiamento ultrascientifico di alcuni medici che in tutti i casi negano alle medicine qualsiasi valore. Questo atteggiamento costituisce senza dubbio una reazione eccessiva alla tendenza a somministrare molti rimedî. È consigliabile la moderazione senza esagerare in un senso o nell'altro. Tutto sta a sapere maneggiare i farmaci, sapere perchè si adoperano, e che cosa si vuole da essi.

I rimedî *specifici*, ossia quelli che hanno un'azione ben definita e quasi sicura su determinate malattie sono ben pochi, anzi si può dire che

non ne conosciamo che due, il chinino ed il mercurio. Ad essi ora si va aggiungendo la batterioterapia che procede con molte promesse.

La terapia fisica (massaggi, bagni, luce, elettricità, elioterapia, ecc.) va sempre più affermandosi ed è un sussidio che il medico non deve trascurare.

Il trattamento *psichico* o psicoterapia comprende vari metodi (suggestione, persuasione, ipnotismo, psicoanalisi, ecc.), che tentano di modificare in senso benefico le condizioni organiche attraverso lo spirito. È questo un metodo di trattamento che va acquistando sempre più credito. La suggestione, intesa nel più ampio significato, entra nella cura di qualsiasi malattia. Forse non è eccessivo affermare che nelle affezioni nervose il miglior medico è quello che meglio e più fa sperare, cioè quel medico che sa infondere la persuasione che la malattia guarirà. Questo potere di suggestione costituisce una virtù, un attributo particolare della personalità del medico e da esso dipende in gran parte il successo professionale.

Per quel che riguarda il trattamento *operativo* si deve tener presente che i chirurgi tendono ad invadere ogni giorno più il campo della medicina. Ciò non esclude che il decidere della opportunità di un intervento è difficile quanto imbarazzante, e perciò il dare delle indicazioni generali è impossibile.

Tali le linee generali dei metodi di cura. Ma occorre pur dire che il trattamento delle malattie ha dei limiti. Lord Rosebery disse che la medicina era una grande lottatrice senza speranza di successo, perchè la malattia finisce per prendere il sopravvento. Ciò è vero ed è importante per il medico pratico, perchè egli sappia riconoscere a tempo di essere stato battuto. Quando i fatali sono scaduti, quando la morte ha vinto la sua carta, è inutile tormentare i pazienti con iniezioni eccitanti. Allora è il caso di mutare radicalmente l'indirizzo del trattamento: se non si può più curare la malattia, molto si può fare per alleviare i dolori della dissoluzione e promuovere l'eutanasia. Molto si è scritto e detto sulla quistione se il medico abbia il diritto di abbreviare la vita del paziente per risparmiargli inutili sofferenze. Certo sarebbe pericolosa tale dottrina, e d'altra parte tali poteri non sono stati conferiti al medico. Ma in ogni modo nessuno può negargli il diritto ed il dovere di mitigare le sofferenze del morituro, anche se le pratiche necessarie al riguardo fanno correre il rischio di abbreviare la vita del paziente oramai condannato. Così quando il tempo fatale giunge, quando la nebbia c'investe, che precorre l'oscurità della morte, speriamo di trovarci affidati ad un medico che non abbia paura di adoperare la morfina.

Dr.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Condizioni le quali possono simulare dolori riferiti a malattie degli organi interni.

(EDGAR F. CYRIAX. *The Practitioner*, giugno 1919).

Spesso il dolore in una determinata regione del corpo viene attribuito alla malattia di un organo sottostante o un organo situato vicino alla regione dolente. L'A. dice di esser convinto che questa opinione è spesso erronea e che in molti casi questo dolore può esser dovuto a molte cause diverse; enumera molte condizioni, le quali possono dar luogo alla manifestazione dei sintomi, che simulano dolori riferiti a questi organi.

Fra queste condizioni abbiamo:

1). *Alterazioni nella struttura della colonna vertebrale*, nella quale l'A. ha osservato *lievi spostamenti delle vertebre* e per conseguenza irritazione dei nervi vicini con provocazione di dolore corrispondente alla regione del nervo; irritazione del simpatico il quale provoca disturbi viscerali. Quest'ultima condizione è stata osservata dall'A. nei casi di stitichezza accompagnata da dolori nella regione lombare nella quale ha trovato lievi spostamenti dei corpi vertebrali; correggendo quest'ultimi seguiva una rapida guarigione intestinale con scomparsa del dolore nella regione lombare.

In generale l'A. dice che ha potuto osservare più di 1.000 casi di questi lievi spostamenti nelle vertebre e si è convinto che in molti di questi la presente mal posizione delle vertebre era in tutto o in parte causa di numerosi sintomi viscerali o non viscerali. Iperestesia cutanea o dolenzia alla pressione — quest'ultima spesso tende ad accentuare la deformità — sono anche sintomi comuni in questi spostamenti vertebrali. I disturbi intestinali, secondo l'opinione dell'A., sono provocati dalla irritazione esistente intorno alle vertebre spostate; questa irritazione si propaga ai nervi spinali vicini e da questi al nervo splenico provocando l'inibizione della peristalsi intestinale.

2). *Spostamenti dei dischi intervertebrali o delle cartilagini interarticolari* possono anche simular dolori degli organi interni o in qualche regione del corpo. L'esistenza di tali spostamenti non è stata finora confermata dai raggi X. In certi casi sono stati osservati sintomi vertebrali

che rassomigliano molto a quelli prodotti da spostamenti delle cartilagini nel ginocchio o nell'articolazione temporo-mascellare, perchè si possa pensare alla stessa causa nelle affezioni della colonna vertebrale.

L'A. dice di aver osservato un malato il quale per molto tempo soffriva di dolori forti, spesso in forma di attacchi, alla regione media dorsale. Questi dolori da principio furono attribuiti a calcoli biliari; allora il malato fu sottoposto all'operazione e furono estratti diversi calcoli. Malgrado questo il dolore persisteva colla stessa intensità. Venuto in cura dall'A. questi sottomise il paziente ad una meccano-terapia consistente in massaggio, applicazioni elettriche. Pochi giorni dopo questa cura lo spasmo muscolare nella regione dolente sparì, ma rimase il dolore. Due giorni dopo il malato avvertì improvvisamente come se qualche cosa si fosse spostato in corrispondenza della regione affetta e subito il dolore diminuì notevolmente, fra tre giorni la stessa senzazione si è ripetuta ed il dolore cessò completamente. L'A. considera questo caso come un semplice spostamento nella congiunzione dei processi articolari delle vertebre: la meccano-terapia ha fatto cessar lo spasmo muscolare permettendo alle cartilagini di scivolare, nel posto proprio.

Siccome gli anatomici hanno osservato l'esistenza delle membrane sinoviali nelle articolazioni delle vertebre, l'A. ammette l'esistenza di un'altra causa e cioè:

3). *Sinoviti delle articolazioni vertebrali, dischi intervertebrali e opposti processi articolari.* Questi processi possono esser affetti da infiammazioni acute o croniche dovute a spostamenti delle cartilagini, o possono essere secondari a traumi e reumatismo dei muscoli vicini.

4). *Contrazioni dei legamenti delle vertebre:* queste sono di solito secondari ad altre malattie delle vertebre o possono osservarsi senza queste; in quest'ultimo caso è probabile che la causa primaria è scomparsa in seguito alla cura. Queste alterazioni possono dar luogo a dolore, a dolenzie alla pressione, alla rigidità e limitazione dei movimenti attivi e passivi.

5). *Alterazioni nelle curve vertebrali normali* per esempio la lordosi e la scoliosi. In questi casi i dolori riferiti ad un certo organo è facile metterli in rapporto colle anomalie della colonna vertebrale. Più difficile è nei casi di lievi malformazioni della colonna vertebrale, le quali si mettono in evidenza soltanto coi raggi X e le quali possono esser causa di gravi sintomi.

Anche nelle costole dall'A. sono stati osservati *lievi spostamenti*. Questi sono più frequenti *nella estremità posteriore* della costola; allora avviene che le superfici articolari costo-vertebrali non sono continuamente in contatto fra di loro, l'estremità della costola «nuota» nella cavità articolare. In questi casi avvengono spostamenti da principio in avanti, poi in alto ed indietro irritando i nervi intercostali, i gangli del simpatico e per conseguenza simulando dolori dei visceri. Queste condizioni possono essere aggravate da sinoviti di queste articolazioni.

L'A. ha potuto osservare un malato affetto da dilatazione dello stomaco, nel quale posteriormente ha trovato una zona dolente; quest'ultima corrispondeva allo spazio fra l'ottava e decima costola, in vicinanza delle apofisi spinose vertebrali, ed era tumefatta. Afferrando le estremità anteriori di questi costali e muovendoli si avvertiva uno scricchiolio posteriormente nella zona dolente. Per liberare la regione affetta dalla tensione muscolare l'A. applicò l'elettricità; dopo ottenuto questo fece una pressione con direzione in basso ed indietro su questa regione provocando il ritorno delle estremità nelle loro proprie posizioni; seguì la scomparsa immediata del dolore. Si ottenne un lieve miglioramento dei disturbi provocati dalla dilatazione gastrica.

Una forma speciale di astenia è stata osservata da Stiller nella quale ha trovato lieve spostamento all'estremità posteriore della decima costola. L'A. dice di averlo osservato anche lui.

I *lievi spostamenti* osservati *nelle estremità anteriori delle costole* sono di solito indipendenti dagli spostamenti nella estremità posteriore. La cartilagine costale è spostata generalmente insieme colla costale. La diagnosi è facile essendo molto evidenti i sintomi; correggendo la malposizioni compaiono quest'ultimi. Anche qui i dolori sono dovuti all'irritazione dei nervi intercostali vicini; da questi i dolori si propagano ai nervi spinali posteriori e da qui al simpatico toracico e addominale.

Anche alterazioni in certi *muscoli* possono dar luogo a disturbi che vengono riferiti a malattie degli organi interni. Così per esempio *i muscoli spinali:* questi possono essere affetti da contratture, da miosite di origine traumatica o reumatica, e allora provocano irritazioni nelle vertebre vicine e costole, gli spostamenti sopradescritti e per conseguenza dolori, che vengono attribuiti a diversi organi. Le contratture sono frequenti nel *muscolo psoas* e di solito è facile a diagnosticarle; queste provocano spesso una lordosi e dolori nella regioni dorsale, lombare e sacrale. Secondo l'A. lo stato di irritazione o contrazione di questo muscolo può dar luogo a disturbi della funzione renale e spiega questo col contatto del nervo simpatico renale col muscolo psoas. Dice di aver guarito un caso di albuminuria ed uno di poliuria indirizzando la cura alla colonna vertebrale.

Una grande importanza nei disturbi renali ha anche il muscolo *quadrato dei lombi*, essendo anche esso in contatto col simpatico renale.

I nervi intercostali possono essere irritati, oltre che per stati patologici delle vertebre, costali e muscoli spinali, anche per mezzo della *pressione che esercita sulla porzione periferica del nervo un organo toracico o addominale aumentato di volume*. Così per esempio un cuore grande, per l'aumento della intensità dell'itto cardiaco, può produrre uno stato di irritazione permanente dei nervi intercostali, 4°, 5° e 6°. Anche l'aumento di volume del fegato, stomaco, intestino crasso o tenue, qualche volta la milza, può produrre pressione sugli spazi intercostali e per conseguenza sui loro nervi.

Processi infiammatori negli organi i quali si trovano in contatto cogli spazi intercostali possono provocare anche essi delle irritazioni dei nervi corrispondenti, così per esempio nelle polmoniti, pleuriti, pericarditi.

L'A. conclude insistendo molto sull'importanza della diagnosi differenziale dei dolori in determinate regioni del corpo, cioè se questi dolori sono prodotti da malattia degli organi interni sottostanti a queste regioni o sono provocati da alterazioni dello scheletro, certi muscoli o nervi.

R. OSSLAN.

CHIRURGIA.

Anestesia sacrale.

(PARKER SYNS. *Medical Record*, 14 giugno 1919).

Iniettando circa 30 gm. di una soluzione di novocaina nel canale sacrale si può produrre una anestesia completa delle regioni innervate dai nervi sacrali. Ciò rende possibili le operazioni del perineo e attorno all'ano senza dolore, e senza rischi dell'anestesia locale, o spinale, o generale.

Iniettare nel canale sacrale non significa iniettare nel canale spinale. L'ago non penetra nella dura, sicchè il liquido rimane del tutto epidurale; mentre i nervi che sono nel canale sacrale vengono a essere immersi nella soluzione di novocaina.

L'anestesia locale coi metodi di infiltrazione nella regione dell'ano — nelle vicinanze del plesso emorroidale — è notoriamente pericolosa: si citano molti casi di morti istantanee per avvelenamento. Le iniezioni ipodermiche in una zona che non può essere sterilizzata accuratamente sono sempre suscettibili di provocare infezione. L'anestesia locale intorno all'ano non è soddisfacente.

L'anestesia sacrale riuscì completa e soddisfacente in ogni caso in cui fu seguita la tecnica corretta. La prova completa dell'anestesia è data dalla dilatazione dello sfintere: con questo metodo l'A. ha potuto dilatare lo sfintere completamente e senza resistenza da parte del paziente. Egli ha usato l'anestesia sacrale in operazioni per emorroidi col metodo della cauterizzazione, per aprire ascessi prostatici e nella prostatectomia perineale. In parecchi soggetti era controindicata l'anestesia generale a causa di arteriosclerosi con lesioni avanzate cardio-vascolari e renali.

Tecnica. — L'A. segue il metodo descritto da I. E. Thompson di Galveston (Texas). Lo scopo da raggiungere è introdurre un ago nel canale sacrale. L'apertura inferiore di questo si trova nello *hiatus sacralis* che è a una distanza breve, ma variabile, dalla base del coccige. Se questo è mobile, sarà assai facile individuare il suo estremo superiore, e quindi l'estremo distale del sacro. Se le due ossa sono anchilosate, la facilità sarà minore, ma v'è sempre un certo angolo al punto di unione. Di solito lo *hiatus* può essere palpato e riconosciuto, grazie alle due piccole apofisi che ne stanno ai lati.

Dopo aver introdotto l'ago si può seguire il suo cammino lungo l'osso, specialmente se esso è un po' più alto e un po' più superficiale dell'iato, ma parallelo al canale. Ritirando lentamente l'ago, e spingendo la sua punta contro l'osso, esso verrà a cadere sull'iato, e potrà essere spinto nel canale, mantenendolo ora nel giusto asse. L'estremo inferiore del canale è chiuso da una densa membrana fibrosa: ordinariamente si avverte quando l'ago l'ha raggiunta. Dopo averla perforata, non si deve introdurre ancora molto l'ago: bastano 3–4 cm. Thompson ha trovato che l'estremo durale inferiore è a una media di 5,8 cm. dall'iato (tra 4 e 7). È bene introdurre l'ago separato dalla siringa, in modo da avvertire se esso è penetrato in un vaso (sangue) o nel canale spinale (*liquor*): nel'uno e nell'altro caso non si deve fare l'iniezione, ma si deve leggermente ritirare, quanto basta, e allora spingere il liquido da iniettare. Questo non deve incontrare resistenza, come accade se l'ago è nella fascia fuori del canale.

La cute e i tessuti superficiali saranno anestetizzati prima di introdurre l'ago.

Si useranno 30 cc. di liquido in cui siano sciolti 35 cgm. di novocaina e 50 cgm. di una soluzione 50 % di cloruro di calcio. L'anestesia sarà completa in 20 m' e durerà per 2–3 ore.

I risultati sono stati eccellenti. Invece di lasciar la stanza operatoria sofferente, con delle ore di nausee e di vomiti dinnanzi a lui, se eterizzato; con efalea e vomito e altri sintomi fastidiosi, se sottoposto ad anestesia spinale: il paziente esce dall'intervento in buone condizioni di spirito, senza alcun fastidio e sintoma interno. È cosciente e in grado di aver cura di sè stesso e perfino di mangiare il suo vitto subito dopo tornato al suo letto.

Seb.

L'anestesia ottenuta con l'introduzione di etere nel retto.

(A. I. BRINCKLEI. *American Journal of Surgery*, v. 32, n. 1).

Il metodo di A. I. Brinckley avrebbe dato buoni risultati; però essendo alquanto lento ed un po' complicato non sarebbe consigliabile nei casi ordinarî, mentre potrebbe portare reali vantaggi negli interventi sulla faccia e sul collo, come nei soggetti nervosi o con affezioni polmonari, o lesioni renali. L'anestesia ottenuta con tale processo è calma ed uniforme. Si procede come segue:

La sera precedente l'operazione, si somministrano 30 grammi di olio di ricino: tre ore prima di procedere all'anestesia si fa un clistere con acqua salata. Si introduce poi nel retto la seguente miscela: Paraldeide grammi otto; olio, etere ana grammi dodici; mezz'ora più tardi si fa un'iniezione ipodermica di un centigrammo e mezzo di morfina e mezzo milligrammo di atropina. Dopo venti minuti, si introduce lentamente (in dieci minuti) nel retto, con una sonda che non penetra per più di otto centimetri, una miscela di olio ed etere ana 60 grammi.

Durante l'introduzione il paziente viene tenuto nella posizione di Sims e così vi rimane fino a che sia soprovvenuta l'anestesia. Si applica poi un panno umido sul viso per impedire l'eliminazione di etere a traverso le vie respiratorie.

Nel caso eccezionale in cui si verificassero sintomi inquietanti (stertore, cianosi, ecc.), si ritirano dal retto 30-90 grammi di miscela, per mezzo della sonda.

Fatta l'operazione, si fa un'irrigazione intestinale con acqua saponata e poi si introducono 100 grammi di olio caldo, ciò che evita ogni irritazione rettale.

I vomiti postoperatori sono rari e poco persistenti.

Il metodo non è consigliabile nei bambini sotto i dieci anni, che difficilmente riterrebbero il liquido introdotto.

I buoni risultati di questo metodo sono attestati anche da R. Monod (*Presse médicale*, 9 dicembre 1918), il quale consiglia di modificare la somministrazione facendo prima una iniezione di morfina, e, mezz'ora dopo, la miscela — preparata al momento — di etere (120 cmc.) ed olio (50 cmc.). da introdursi nel retto in 5-6 minuti. Il sonno si stabilisce abbastanza rapidamente; manca la fase d'irritazione bronchiale, di eccitazione muscolare. mentre l'eccitazione cerebrale si riduce a poca cosa. Il risveglio è tranquillo e manca ogni sequela, anche l'irritazione rettale.

Secondo l'A. questo modo di anestesia è indicato, quando si ha ragione di temere l'irritazione della mucosa respiratoria, nei malati della pleura del polmone, come nei feriti al torace, nei soggetti in età avanzata od a tipo congestizio, e quando l'anestesia per inalazioni è incomoda per l'operatore (interventi sulla faccia e sul collo) e per l'anestetizzatore (interventi sul dorso). E' consigliabile altresì nei soggetti nervosi e pusillanimi.

l. b.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ozena con cefalea, enuresi notturna, tenesmo vescicale diurno e dismenorrea.

per il prof. dott. IGNAZIO DIONISIO (1).

Venti mesi or sono venne a consultarmi una ragazza di diciassette anni, di costituzione scheletrica normale, anemica, con ereditarietà tubercolare di uno dei genitori, affetta da una forma gravissima di ozena. Il fetore malgrado le lavature nasali era tanto intenso da rendere penosa la coabitazione ai parenti. La paziente aveva uno stato di tenesmo della vescica, che la obbligava ad orinare ogni mezz'ora circa; perdeva l'orina durante il sonno, aveva abitualmente una cefalea gravativa; e nel periodo mestruale soffriva di dolori addominali tanto intensi da obbligarla a riposo in letto per tre o quattro giorni. Una condizione di vita poco lieta per chiunque, tanto più grave per una persona obbligata a vivere alla giornata col guadagno del lavoro manuale.

La malata era preoccupata unicamente dello ozena; aveva consultati altri colleghi specialisti ed era molto sfiduciata, perchè edotta della gravità della malattia. La consigliai a provare la cura delle radiazioni, che io proposi molti anni or sono per l'ozena e sulla quale ebbi a richiamare varie volte l'attenzione del'Accademia (2).

Dopo tre mesi circa di cura il fetore era scomparso e molto ridotta la secrezione. Solo si aveva odore ed aumento della secrezione crostosa durante e qualche giorno dopo una coriza e durante le mestruazioni. Questo fenomeno della ri-

(1) Comunicazione fatta alla R. Acc. Med. di Torino, 4 luglio 1919.

(2) DIONISIO. *Sulla fototerapia dell'ozena.* R. Acc. Med. di Torino, 24 gennaio 1902.
IDEM, 22 giugno 1906.
IDEM. *Cento casi di ozena curati colle radiazioni luminose*, R. Acc. Med. di Torino, 7 giugno 1912.

comparsa temporanea e lieve del fetore e della secrezione nelle persone ozenatose migliorate ma non completamente guarite venne da me molte volte osservato durante i raffreddori acuti, durante le mestruazioni e negli ultimi mesi della gravidanza.

Continuando la cura anche il fetore durante le mestruazioni ed i raffreddori scomparve, così pure la cefalea gravativa, si attenuò lo stato di tenesmo vescicale diurno e l'enuresi notturna; e diminuirono i dolori durante il periodo mestruale. Dopo sei mesi la paziente potè considerarsi liberata dal fetore; la mucosa nasale appariva meno atrofica, meno secca, con scarso secreto un po' crostoso, non fetido, non vi era più cefalea, non tenesmo vescicale diurno, non enuresi notturna, non dismenorrea.

L'interpretazione della scomparsa di tutte queste svariate alterazioni colla ipotesi di una semplice azione suggestiva ha poco valore; perchè trattavasi di una paziente non suggestionabile; perchè il mio contegno fu sempre molto riservato sulla prognosi e perchè i fenomeni di natura nervosa subirono nel migliorare e nello scomparire lo stesso andamento delle lesioni nasali. Durante le recrudescenze del processo ozenatoso si ebbe una accentuazione dei fenomeni nervosi. Più verosimile è l'ipotesi di una azione prodotta dalla malattia nasale su territori nervosi lontani; cioè di una nevrosi nasale riflessa, che si esplica quando vi siano speciali condizioni di eccitabilità di determinati centri del sistema nervoso e forse certe condizioni di speciale eccitabilità di determinate fibre della mucosa nasale.

Questo caso, facendo astrazione dalla cura ben riuscita, presenta un grande interesse dal punto di vista della dottrina delle così dette nevrosi riflesse dal naso e del meccanismo col quale queste si producono. Secondo alcuni autori, primo tra questi Voltolini, uno stimolo qualunque della mucosa nasale prodotto da piccoli polipi, ipertrofie della mucosa, spost. del setto, semplice muco nasale, in speciali condizioni va ai centri, si riflette su organi lontani dando la nevrosi riflessa (asma, lacrimazione, ecc.). Secondo Hack lo stimolo può partire dalla mucosa nasale, ma anche da altri punti del corpo. Va ai centri, da questi si rifletterebbe sul tessuto cavernoso dei turbinati dando luogo ad una turgescenza di questo tessuto; questa turgescenza rinforzerebbe lo stimolo, che, ritornando aumentato di intensità ai centri, riflettendosi una seconda volta, provocherebbe la nevrosi nasale. Ora la teoria di Hack non è molto applicabile al caso da me descritto, nel quale il tessuto cavernoso dei turbinati è molto ridotto dal processo di atrofia che accompagna l'ozena.

Particolare interessante dal punto di vista del rapporto causale tra la lesione nasale, la cefalea e la dismenorrea è il fatto che queste scomparvero gradatamente col modificarsi del processo ozenatoso, ma ebbero a manifestarsi nuovamente due volte durante un periodo di raffreddore, cioè quando si ebbe uno stato di congestione della mucosa nasale ed un aumento della secrezione, per scomparire nuovamente col cessare di queste condizioni. Lo stato di tenesmo vescicale, che obbligava la paziente ad orinare ogni mezz'ora circa, e l'enuresi notturna non si sono più manifestate da quattordici mesi.

La scomparsa di cefalee ribelli alle altre cure dopo la guarigione di lesioni nasali di varia natura è cosa frequente. I rapporti tra le lesioni naso-faringee e la dismenorrea meritano la nostra attenzione, perchè i casi fin'ora pubblicati che dimostrano questi rapporti sono ancora pochi.

Infine, mentre sono numerose le pubblicazioni sull'enuresi notturna causata da stati patologici del naso, il fenomeno della cessazione dello stato di tenesmo vescicale diurno è un fatto singolare, del quale non ho trovato cenno nè nei vari trattati, nè nelle pubblicazioni speciali che ho consultato.

Tre casi diversi di infezione grave del sangue guariti mediante le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo

per il dott. STEFANO MELLO.

Dopo l'idea geniale e felice del prof. Guido Baccelli, che per primo aperse la via delle vene ai rimedi eroici, una vera falange di autori, fra italiani e stranieri, ne ha seguito l'esempio.

Sarebbe perciò assurdo il voler al giorno d'oggi atteggiarsi a paladino della terapia endovenosa, e difenderla ancor una volta dagli attacchi a cui fu fatta segno nei primi tempi.

La tecnica semplicissima, i risultati brillanti ottenuti, confermano ognor più la bontà del metodo; e deve essere di grande soddisfazione a noi tutti italiani, ed onore a Guido Baccelli, il vedere come l'opera sua, sorta verso il 1890 e proseguita per tanti anni con mirabile tenacia, sia assunta a tanta eccellenza, e se ne disciplini e se ne allarghi ogni giorno più l'applicazione.

Non è intendimento mio di riferire qua, quanti e quali autori han parlato del metodo Baccelli, nè la tecnica che si usa praticare in simile prezioso metodo di cura, e neppure i numerosi successi avuti dal Clinico di Roma e dai numerosissimi suoi

seguaci. Scopo di queste poche pagine, è confermare con l'illustrazione di tre casi occorsimi, l'efficacia delle iniezioni endovenose di bicloruro di mercurio nelle gravi infezioni in genere, e contribuire con l'esempio a popolarizzare il metodo e a farlo entrare nella convinzione di tutti i pratici, come oramai è entrato nella convinzione di tutti i clinici.

Numerose furono le applicazioni del sublimato corrosivo: così, oltre che nella sifilide, adottato su larga scala e sempre con successo, fu adoperato nel reumatismo articolare grave, ove pare esplichi anche un'efficace azione preventiva sulle possibili complicanze cardiache; nella pneumonite con benefica influenza sulla febbre e sullo stato setticoemico; nel tifo, ove, se iniettato nei primi giorni dell'infezione potrebbe attenuarla ed abbreviarla, ed introdotto invece in periodo più tardivo accelerare la discesa della febbre già dopo poche iniezioni, con marcato miglioramento dei gravi fenomeni generali; nella meningite cerebrospinale, nella pustola maligna, nel carbonchio, con rapidità d'azione non inferiore a quella che si vede esplicare talora dal siero specifico. Ancora fu adoperato con sorprendente influenza, nell'eresipela, nella scarlattina, nelle infezioni puerperali, ed ancora, con confortanti risultati, in tutto il vasto gruppo delle setticemie, ne sia il germe specifico reso noto dall'indagine batteriologica o ne rimanga oscura come la via d'entrata.

Il primo caso in cui ho voluto tentare il sublimato corrosivo per via endovenosa, si è in un pneumotifo gravissimo, ed il risultato sorprendente, addirittura insperato, mi ha indotto a tentarlo una seconda volta in un'infezione puerperale, ed una terza in una gravissima infezione criptogenetica; nè desisterò ora dal ricorrervi ogni qualvolta mi troverò di fronte ad un'infezione grave, di qualsiasi natura, ribelle ai comuni rimedi.

Ed ecco ora succintamente i tre casi clinici:

1º CASO. — R... A... V..., d'anni 38, contadina, di Govone.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Godette sempre buona salute. Mestruata a 13 anni continuò regolarmente per periodo e quantità. Si maritò a 24 anni. Ebbe cinque gravidanze normali con parti a termine, normali nella loro evoluzione e nel puerperio. Fu sempre lavoratrice indefessa. L'attuale malattia esordì subdolamente. Pur sentendosi stanca, con inappetenza e cefalea, continuò a lavorare in quelle condizioni, per due o tre giorni, fin tanto che, una sera, dovette mettersi a letto presto, per l'insorgere di un po' di tosse e di un dolore al costato di destra. Subito, non ne fece gran caso, e si limitò ad applicare qualche empiastro. Solo al mattino seguente, emettendo col catarro, un po' di sangue, spaventata, ricorse all'opera del medico. Trovo una donna robusta, con 39.2 di temperatura, con leggiera dispnea e 104 pulsazioni. Non aveva avuto brividi di freddo, e il dolore era pressochè scomparso. Negativo risulta l'esame di tutti gli organi, eccetto che del polmone destro, alla cui base si rileva una spiccata ipofonesi, e l'abolizione quasi completa del mormore vescicolare: si percepiscono invece dei fini rantoli crepitanti con leggiero soffio bronchiale. L'urina è scarsa, intensamente colorata, acida, con abbondante sedimento di urati, non albumina. Diagnostico una pneumonite franca, e come tale decorre abbastanza benignamente ed in modo regolare; se non che, in settima giornata, la temperatura invece di abbassarsi, come mi attendevo, per crisi, diminuisce lentamente. Migliorano bensì i fenomeni polmonari, ma non migliora punto lo stato generale dell'a., nè torna normale la temperatura. Anzi questa, che si era mantenuta per alcuni giorni verso i 37.5, improvvisamente sale, in 12ª giornata a 39.7 nè accenna più a diminuire. Anche l'a. va aggravandosi. È molestata da continua, intensa cefalea, diventa apatica, con sensorio ottuso. La lingua si fa patinosa ed arida, le labbra fuliginose, l'addome diventa meteorico, leggermente dolente alla pressione, specie in corrispondenza della fossa iliaca destra ove si nota pure senso di gorgoglio. Compare la diarrea. Appaiono ciòe tutti i sintomi dell'ileotifo; ed infatti, a conferma della diagnosi, verso il 15º giorno, oltre che rendersi palpabile la milza, si mostrano pure evidenti macchie di roseola. Malgrado ogni cura, le condizioni dell'ammalata si vanno aggravando sempre più, con accentuazione rapida e progressiva dei sintomi descritti. La temperatura oscilla da 40.5 a 39.7, dispnea aumentata anche da un abbondante catarro da ipostasi, polso oltre 130, debole, aritmico. Prostrazione grave dell'ammalata che è tormentata frequentemente da brividi violenti, da delirio. L'urina è sempre scarsa e albuminosa Si arriva così in 21ª giornata senza il minimo accenno a miglioramento. Veramente sfiduciato, mi lascio indurre, come ultima speranza, a tentare la cura endovenosa di sublimato corrosivo. Era la prima volta, e francamente non mi attendevo alcun risultato, anche perchè l'ammalata era stata dichiarata ormai persa anche da un altro collega. In quel giorno pratico due iniezioni endovenose di due milligrammi cad.; il giorno appresso, aumento la dose, ed inietto otto mmg. di sublimato in due volte, e così pure il terzo giorno. Finalmente il giorno seguente (24º di malattia) l'ammalata comincia ad accennare a qualche miglioramento. Diminuiscono infatti notevolmente i brividi, si rischiara la coscienza, calma la cefalea; anche il respiro ed il polso si fanno migliori, e la temperatura scende a 38. Continuo a somministrare per quel giorno ancora quattro mmg. di sublimato, senza che l'ammalata ne risenta disturbo, anzi con notevole e progressivo miglioramento.

I risultati non potevano essere certamente migliori. Diminuisco allora gradatamente la dose di sublimato, iniettandone il 5º giorno due mmg. in due volte, poi solo più un mmg. nel 6º e 7º giorno. Nell'8º giorno (28º di malattia) erano tali le condizioni generali dell'ammalata che abbandonai anche il sublimato, veramente stupito da tale e tanta efficacia. Era tornata completamente la coscienza, aumentata la diuresi con scomparsa dell'albumina, e le funzioni intestinali, il respiro, il polso, la temperatura erano pressochè normali, l'ammalata inoltre cominciava, dopo tanto tempo, ad appetire qualche cosa.

D'allora, il miglioramento fu progressivo e ab-

bastanza rapido, tanto che dopo quindici o venti giorni circa, l'ammalata poteva essere considerata completamente ristabilita.

2º CASO. — C... C..., di anni 34, contadina, di Govone.

Nulla di importanza nell'anamnesi remota. Donna di costituzione scheletrica regolare, sana, discretamente robusta. Mestruata a 14 anni. Prese marito a 23 ed ebbe poi tre gravidanze normali, parti a termine, normali nella loro evoluzione e nel puerperio, quantunque si alzasse in terza o quarta giornata. Nessuna infezione gonococcica. Resta incinta una quarta volta, e la gravidanza decorre ancora normale. Parto e secondamento invece laboriosi quantunque non sia stata necessaria l'opera del medico. I primi giorni di puerperio, passano senza incidenti, tanto che la donna si alza in quarta giornata; ma deve rimettersi presto a letto, perchè è colta da cefalea, brividi di freddo, conati di vomito, disturbi che si accentuano il giorno appresso. In sesta giornata, aggravandosi le condizioni, sono chiamato a visitare l'ammalata. La donna è estremamente pallida, quasi terrea, con vertigini e subdelirio. Ha 40.1 di temperatura, dispnea, polso piccolo, frequentissimo. Negativo l'esame degli organi toracici. L'addome invece è leggermente tumido e dolente. Lochiazione scarsa, fetida. Diagnostico una setticoemia puerperale e mi accingo a combatterla con tutti i mezzi suggeriti dalla terapia ostetrica. Prescrivo infatti borsa di ghiaccio sull'addome in permanenza, e faccio irrigazioni abbondanti con soluzioni antisettiche, vaginali ed endouterine: raschiamento della cavità uterina, e drenaggio, iniezioni eccitanti e di siero antistreptococcico ecc. Malgrado tutto ciò, le condizioni dell'ammalata continuano ad aggravarsi sempre più. Aumentano i brividi di freddo e la temperatura sale fino a 41.2. La dispnea si accentua, e il polso si fa ancor più frequente e più piccolo. Agitazione e delirio. Diarrea. Unico beneficio ottenuto, è la diminuzione dell'odore fetido dei lochi. Si arriva così in 12ª giornata di puerperio (6ª giornata di cura) senza il minimo accenno a miglioramento, anzi con prognostico addirittura infausto. Memore però degli splendidi risultati ottenuti nel pneumotifo, con le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, tento la medesima cura anche in questo caso ormai disperato. Ne inietto in quel giorno sei mmg. e otto nel giorno appresso, pur continuando a mantenere il ghiaccio sull'addome, ed a praticare iniezioni eccitanti, ed irrigazioni endouterine.

Già dopo la terza iniezione, l'ammalata incomincia a risentirne gli effetti. Il sensorio è un po' più libero, i brividi più radi e meno forti, polso più valido, e la temperatura che per otto giorni circa era oscillata fra 39.5 e 41.2, si abbassa a 39, accennando a decrescere ancora. Si arriva così in nona giornata di cura (15º di puerperio). Faccio in quel giorno altre due iniezioni di sublimato di due mmg. cad. e riduco la dose a metà nei due giorni seguenti, essendo le condizioni dell'A. assai migliorate. Infatti era cessato il delirio ed i brividi, la coscienza quasi integra, non più diarrea, polso 90, respiri 22, temperatura 38.3. Sperando che proproseguisse il miglioramento, tralascio le iniezioni endovenose per due giorni, pur continuando le lavature endouterine, ma constato invece che l'A. si riaggrava e si riacutizzano tutti i disturbi, tornando la temperatura a 39.9. Ritorno allora al sublimato corrosivo per via endovenosa e ne inietto per tre giorni di seguito quattro mmg. divisi in due iniezioni per giorno. Leggiera stomatite mercuriale. Tralascio però definitivamente questa cura (17º giorno di cura. 23º di puerperio) limitandomi solo a fare per qualche giorno alcune irrigazioni vaginali, essendo le condizioni generali dell'A'. ritornate buone. La temperatura era scesa a 37.3, tendendo a farsi normale. Normali il respiro ed il polso. Leggera appetenza e non più diarrea. Lochiazione minima e non fetida. Addome trattabile ed indolente. L'A. si lagna solo di grande spossatezza. Però in quarantesima giornata circa di puerperio poteva lasciare il letto pressochè ristabilita.

3º CASO. — B... S... di anni 38, contadino, di Govone.

Padre morto di polmonite, madre vivente e sana. Ha un fratello e due sorelle pure viventi e sani. Di costituzione discretamente robusta, non sofferse mai malattie tranne quelle comuni dell'infanzia. Fece il soldato. Non contrasse mai lues, nè malattie veneree. Prese moglie a 25 anni. Ebbe cinque figli. Discreto fumatore e bevitore, ma anche indefesso lavoratore. Non abitò mai paesi malarici, neppure durante il servizio militare. L'attuale malattia si iniziò lentamente.

Accusò per alcuni giorni senso di stanchezza generale, leggiero mal di gola, inappetenza, cefalea e qualche brivido di freddo. Non ne fece gran caso, attribuendo quei disturbi a grande umidità che aveva presa in quegli ultimi tempi in campagna. Prese un purgante, e provò a sudare, pur continuando ad attendere alle sue occupazioni. Ricorse al medico solo quando s'accorse che proprio non poteva più reggersi in piedi. Trovo un individuo esausto. Aveva leggiera dispnea, polso frequente e piccolo, 39.2 di temperatura. Le tonsille erano un po' ipertrofiche ed arrossate, come pure arrossati erano i pilastri e l'ugula. Lingua patinosa ed arida. Organi toracici sani. Addome meteorico, non dolente, normale la funzione dei reni. Non albumina. Sitpsi. Lievemente palpabili fegato e milza. Non azzardai subito una diagnosi. In attesa di nuovi sintomi, cercai di combattere quei disturbi, ricorrendo a gargarismi, purganti, antipiretici ecc.

Per quattro o cinque giorni, non riscontrai nulla di nuovo. Migliorarono i disturbi della gola, mentre la febbre salì a 40.3 con qualche remissione al mattino, e tendenza a farsi continua. Ma poi le condizioni generali andarono aggravandosi: il sensorio si fece ottuso, delirio frequente, cuore debolissimo, milza ancora aumentata di volume, polso piccolo e frequentissimo 120-130, brividi forti di febbre con rialzi di temperatura sovente oltre 40.5. Alcuni colleghi chiamati a consulto restarono dubbiosi pur essi sulla diagnosi, e tanto più dopo l'esame negativo del sangue a riguardo dell'ileo-tifo e della malaria. Non c'èra più a pensare che ad una gravissima infezione criptogenetica.

Quanto poteva tornare utile al malato, tutto l'avevo tentato in quei giorni: e balneoterapia, e iniezioni di siero antistreptococcico, di electrargolo, ecc., ma tutto inutilmente.

Anche questa volta ho dovuto ricorrere alle iniezioni di sublimato corrosivo, ed ancora con ottimo, insperato esito.

Praticai due iniezioni al giorno di tre mmg. cad. per tre giorni di seguito; ma già dopo la quinta

iniezione l'A. cominciò a risentirne gli effetti: sensorio meno ottuso, delirio più calmo, meno forti e meno frequenti i brividi di freddo, migliorato il polso e il respiro, anche la temperatura abbassata, toccando 38.2 e non risalendo oltre il 39. Feci ancora altre due iniezioni di due mmg. cad., e accennando l'A. a migliorare, tralasciai per due giorni la cura. Ma ecco riaggravarsi le condizioni generali, e risalire a 40 circa la temperatura. Dovetti ritornare alle iniezioni di sublimato: ne praticai nuovamente due al giorno e sempre di due mmg. cad. per altri tre giorni; fino a tanto cioè che l'A. non entrò, si può dire, in piena convalescenza. Il sensorio era completamente libero, polso e respiro pressochè normali, temperatura oscillante da 37 a 37.6. Milza ridotta assai di volume. Funzioni gastrointestinali normali. Dopo una ventina di giorni dall'ultima iniezione endovenosa di sublimato, l'A. cominciò ad alzarsi in buone condizioni.

Ed ora due parole di commento, quantunque non ne sia veramente il caso. Mi pare sufficiente abbastanza la constatazione dei fatti, a dimostrare l'efficacia delle iniezioni endovenose di sublimato nelle gravi infezioni del sangue. In tutti e tre i casi, infatti, in cui ho seguito il metodo Baccelli, vi ricorsi sempre quando i malati erano in condizioni disperate e quando ogni altra cura aveva risposto negativamente. E in tutti e tre i casi, invece, alle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, ha tenuto dietro sempre un abbassamento progressivo della temperatura ed un miglioramento dello stato generale. E non solo: a maggior convincimento, ho potuto constatare nel 2° e 3° caso, un peggioramento ed un rialzo di temperatura, quando ho sospese le iniezioni endovenose non credendole più necessarie, riabbassandosi nuovamente la febbre con il ritorno alle iniezioni stesse. Bisogna riconoscere perciò, che solo alla cura Baccelli si devono le guarigioni dei tre ammalati.

La dose massima *pro die* adoperata fu solo di otto mmg., ma pur protraendo la cura per qualche giorno, mai ho avuto a deplorare fenomeni tossici, salvo (2° caso) una leggera stomatite mercuriale.

Mi pare quindi di poter conchiudere: 1° che le iniezioni endovenose di sublimato, rappresentano il metodo di cura più adatto nelle infezioni gravi del sangue, 2° che il sublimato non si può considerare come un medicamento especifico, ma tuttavia facilita all'organismo la esplicazione della sua naturale resistenza sia neutralizzando le tossine, sia difficoltando lo sviluppo dei microbi 3°; che le dette iniezioni, purchè si osservino le necessarie cautele, si possono praticare innocuamente essendo il metodo facile, e benissimo adoperabile nella pratica privata; 4° che in tale pratica si devono seguire i consigli del Baccelli circa la quantità di sublimato da introdursi nelle vene, quantità che normalmente non deve superare la dose *pro die* di un cg. in soluzione fisiologica.

COMMENTI.

A proposito di " Nuovi indirizzi di terapia di alcune lesioni tubercolari ".

Il prof. L. Durante nel n. 38 della Sezione Pratica del « Policlinico », accennato ai risultati ottenuti da altri con soluzioni ipertoniche cloruro-sodiche negli ascessi freddi, dice di servirsi in tali contingenze di soluzioni di cloruro di magnesio (2.50 %) con aggiunta di qualche goccia di formalina, e ciò per le proprietà biologiche di detto sale nell'attivare i processi riparatori e neoformativi dei tessuti.

Nell'iniziare il trattamento della raccolta però sostituisce generalmente al cloruro di magnesio quello di calce commerciale, essendo questo sale composto di cloruro di calce e di ipoclorito di calce e contenendo cloro attivo nella proporzione del 28.30 %, donde l'azione fortemente detersiva sui tessuti mortificati.

Mi permetto di ricordare che nel n. 136 della *Gazzetta degli Ospedali*, 1914, in una nota preliminare « Ipercalcificazione e tubercolosi chirurgiche », premesso che nella tubercolosi chirurgica la ricalcificazione, l'ipercalcificazione deve esser considerata come fattore integrante di ogni metodo curativo, che quindi non deve mai trascurarsi, concludevo: « Nelle tubercolosi aperte poi i sali insolubili di calcio (carbonato, fosfati) trovano anche una indicazione locale: le cavità ascessuali, le cavità ossee di carie devono esser cosparse abbondantemente coi medesimi, e nei seni fistolosi l'iniezione di una sospensione di questi merita di esser tentata. Certo una parte dei medesimi viene assorbita, la guarigione viene affrettata, e per quanto riguarda le perdite di sostanza ossea sembrerebbe quasi che in parte potessero esser utilizzate per la riparazione ».

Le osservazioni ulteriori oltre a confermare le precedenti, mi hanno dimostrato che ancora le raccolte chiuse si comportano medesimamente, e che in queste circostanze è bene introdurre senza economia la sospensione dei sali di calce (10 %–15 %), quasi ad uguagliare la quantità di pus aspirato.

Che la polvere o la miscela per agire debba solubilizzarsi non vi è dubbio: quali siano i sali, quali i corpi semplici che ne derivano non è facile dirlo; ad ogni modo data la modalità del trattamento esercitar possono un'azione continua e molto efficace, essendo allo stato nascente. Le masse caseose, i tessuti necrosati subiscono una perfetta collequazione, e che i detti sali limitino la loro azione dissolvente solo sulle parti morte ed eccitino invece la riparazione dei tessuti, appare anche dai risultati favorevolissimi ottenuti nelle congela-

zioni di III grado in ispecie (T. Silvestri — Pei nostri congelati — *Gazz. Ospedali*, 1917, n. 101).

Se i sali di calcio poi nei loro effetti disentegrativi agiscono allo stesso modo delle miscele modificatrici in uso, richiamando cioè fermenti proteolitici in loco, ecc., o neutralizzando l'azione di possibili antifermenti proteolitici, o valorizzando quella di fermenti proteolitici presenti, poco importa; mi basta per ora poter confermare la loro azione curativa pronta, costante, disgiunta da qualunque inconveniente.

Grazie anticipate dell'ospitalità. Dev.mo

T. SILVESTRI,
Aiuto nell'Istituto di Patologia medica della R. Università di Modena.

MEDICINA SOCIALE.

Per la profilassi del gozzo endemico in Italia.

Che il nostro Paese, culla delle cose belle, sia anche deliziato, per legge di contrasto, da una quantità di cose brutte, è pur troppo vero; e tra queste ultime le molte malattie endemiche hanno richiamato da tempo l'attenzione dei tutori della salute pubblica. La lotta contro la malaria e la pellagra fu assunta direttamente dallo Stato, ed ha dato invero ottimi risultati, compatibilmente cogli scarsi mezzi messile a disposizione. Per un'altra malattia invece, intendo dire pel gozzo endemico, si sono tenuti congressi, istituite commissioni, inchieste; ma nulla ancora è stato fatto di concreto, nessun provvedimento governativo è stato preso. Il perchè di tale trascuratezza è complesso: una delle ragioni è forse nella qualità stessa dei colpiti dalla malattia — tireoiperplastici, gozzuti, mixedematosi, cretini — che tutt'assieme formano, come è oggi ammesso, una sola famiglia. Famiglia di gente docile e tranquilla, attaccata al suo luogo di nascita e di abitazione, rassegnata al suo misero stato. Non l'assillante aspirazione al meglio dell'abitante del piano, non «del pensiero il tarlo» li turba ed agita. La loro stessa povertà di spirito è un compenso benefico che natura ha dato alla loro miseria fisica e mentale. Essi non chiedono strade ed opere alle amministrazioni provinciali, non sistemazioni di fonti o di cimiteri ai medici prefettizi, non favori ai deputati. Conservatori per indole, sono l'ideale degli elettori; fossero tutti di quello stampo! Chi dunque deve interessarsi di loro? a chi preme la loro degradazione fisica e sociale? Solo un sentimento altamente altruistico e la preoccupazione della dignità della stirpe può muovere igienisti e uomini di governo a medicare quella piaga. Ma questi vogliono essere stimolati ad agire; e la mancanza di stimolazione diretta da parte dei colpiti e degli enti locali è tra le principali ragioni del lasciar vegetare in pace il problema, tante volte portato alla ribalta della opinione pubblica, ed altrettante rimesso fra i scenari vecchi.

Eppure è nota la grande estensione della endemia, che dal Friuli alle Alpi marittime presenta nella zona collinosa e prealpina nuclei disseminati senza quasi interruzione, e risorge in numerosi valli appenniniche, sin giù alla Sabina, al Salernitano, alle Calabrie, alle Madonie di Sicilia. Cifre non è possibile darne; ma non è improbabile che un buon *trentesimo* della popolazione italiana sia colpita, in modo più o meno grave, dalla malattia, se dalle prime risultanze della inchiesta *Mangiagalli* e *Tamburini* sarebbero stati calcolati a 500.000 solo i cretini. Certo questa cifra è esagerata, poichè nei centri di maggior intensità gozzigena, i cretini, cretinoidi e mixedematosi rappresentano pur sempre una percentuale minima tra i colpiti di distrofia tiroidea.

Tutti però gli studiosi che ebbero ad occuparsi direttamente, sul luogo, della malattia, sono concordi nel segnalarne la grande estensione e il pericolo che rappresenta per la decadenza della razza. *Balb* pel Piemonte e Bergamasco, *Cerletti* e *Perusini* per la Valtellina, *Antonini*, *Volpi-Girardini*, *Zuccari* per la provincia di Udine anche recentemente illustravano con ricerche antropologiche e dati statistici la grande piaga e reclamavano provvedimenti. Potrei io stesso associarmi a questi colleghi, per la constatazione *de visu* della estensione della endemia nelle provincie di Belluno, Vicenza, Verona e Brescia, che ebbi campo di percorrere nei quattro anni di guerra e di studiare — specie le due prime — sotto questo particolare punto di vista. Il bellunese e il bresciano hanno ingenti e numerosi centri gozzigeni; e centri meno noti, e non ancora segnalati, ritrovo nelle provincie di Parma, di Reggio Emilia, di Modena, di Massa. Le mie ricerche — indirizzate alla statistica, alla distribuzione geografica in rapporto colla geologia dei terreni, colla qualità delle acque potabili, colla igiene domestica dei colpiti — saranno oggetto di prossime comunicazioni e contribuiranno, spero, a ravvivare l'interesse sulle questioni sia patogenetiche che profilattiche della malattia. Oggi pertanto reputo opportuno richiamare in vita il problema profilattico e curativo, che la Direzione generale di Sanità pare avesse di mira quando, 7-8 anni or sono, nominava una Commissione per raccogliere dati statistici sulla entità della endemia e la sua distribuzione nel Regno. Tale Commissione, presieduta dai proff. *Mangiagalli* e *Tamburini*, aveva promosso una inchiesta in quel senso, interpellando, a mezzo delle prefetture, gli ufficiali sanitari dei comuni; pare però

che le risposte date da questi e dai medici provinciali non fossero del tutto soddisfacenti se il lavoro di revisione, nel 1916, era ancora in corso, e se — a quanto parrebbe — ancora oggi non è compiuto. La guerra ha distratto le autorità sanitarie verso altri compiti più urgenti. Ora però che questa è terminata, le interrotte fila debbono riprendersi, e la questione della endemia tiroidea deve essere avviata ad una risoluzione pratica. Se la inchiesta fatta non è risultata molto attendibile, occorre rifarla modificandone il modo. Ed uno, pratico, sarebbe secondo me il seguente. Nominare in ciascuna provincia dell'alta Italia — che tutte, più o meno, sono colpite dalla endemia — una Commissione del tipo di quelle pellagrologiche, facente capo al medico provinciale, ed incaricarla, in primo tempo, di segnalare la entità e la distribuzione geografica della malattia nelle rispettive zone. Analoga Commissione verrà istituita nelle altre provincie del Regno (ad es. di Parma, Reggio Emilia, Modena, Massa, Salerno ecc.) in cui verrà dal medico segnalata la presenza della endemia. Nelle provincie ove questa è più intensa, si affiderà poi alla Commissione il compito della cura e della profilassi.

Senza entrare qui nella insoluta questione della patogenesi, può oggi ritenersi accertato da molteplici attendibili osservazioni che la sistemazione delle acque potabili, sopprimendo le prese d'acqua esistenti e facendo impianti di condutture da altre sorgenti, o di pozzi da altri strati, ha in molti luoghi fatto scomparire la endemia — e molti esempi di ciò ho io pure constatato nel bellunese; che il trattamento iodico e tiroidinico ha effetti sorprendenti, sia sui semplici gozzuti che nei bambini mixedematosi e avviati al cretinismo; che le condizioni igieniche generali coadiuvano quelle cure. Basterà per ora attenersi a questo programma pratico, di sistemazione igienica e cura medicamentosa, per ottenere in pochi anni indubbi risultati benefici. L'esperimento che è stato fatto in Stiria con le cure dirette, sovvenzionate dallo Stato (V. il rapporto di *Kutschera*), è quanto mai incoraggiante. E perchè ciò non deve essere subito tentato anche da noi? Hanno forse i tireopatici, i candidati al cretinismo in Italia minor diritto alle cure della Gran madre, che non i pellagrosi o i malarici? Si pensi quanta fiorente e forte gioventù montanara è sottratta in tal modo alle energie del paese; al numero ingentissimo di riforme per gola grossa, bassa statura, sordità congenita, cretinismo nelle provincie di Aosta, di Sondrio, di Bergamo, di Belluno, di Udine in cui pur cresce tanto bel fiore di razza italica.

La lotta contro la pellagra ha sortito ormai, nell'alta Italia, magnifici risultati; nel Veneto, che era la regione più colpita, la malattia è in forte decrescenza; nella Emilia è pressochè scomparsa. Ciò devesi in buona parte — oltre che alle migliorate condizioni economiche del contadino — all'opera assidua spiegata dalle Commissioni pellagrologiche, sovvenzionate, come è noto, dal ministero. Quest'opera però, che fu già tanto salutare, ora non ha quasi su che esplicarsi in molte provincie in cui la pellagra può dirsi ormai vinta da un pezzo (nei nostri manicomi emiliani al 50 % di pellagrosi di un tempo ora si sostituisce il 50 % di alcoolisti!). Eppure le Commissioni pellagrologiche continuano ad essere nominate e sovvenzionate coi soliti fondi che vanno, sì, a beneficio della igiene rurale, nelle plaghe più misere, ma esulano ormai allo scopo per cui vennero destinati. È la storia della sentinella di Zarkoje Selo, che messa da Pietro il Grande a protezione di una rosa, ha continuato a montar la guardia sino alla caduta degli zar in quel cantuccio del giardino imperiale ove da tempo non esisteva più la rosa... È la legge della inerzia che domina pur sempre i nostri provvedimenti statali.

Ora io mi domando: non potrebbero quei fondi e l'opera di quelle Commissioni, nelle provincie in cui non vi ha più la pellagra ma vi ha invece, e notevole, la endemia tiroidea, essere volti e trasformati a combattere quest'ultima? Non è grande sforzo mentale che si chiede alla burocrazia. Basterà volgere l'attenzione alla questione.

La Direzione generale di Sanità ritorni adunque all'esame di essa, e farà opera meritoria al paese.

Reggio Emilia. 12 luglio 1919.

Prof. GIACOMO PIGHINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 giugno 1919.

Presidenza del Prof. DURANTE, presidente.

Dell'osteosintesi interspinosa autoplastica alla Albee nel trattamento della spondilite tubercolare.

R. DALLA VEDOVA. — Il metodo consente di immobilizzare in reclinazione il segmento rachideo colpito, senza rendere necessaria la prolungata degenza nella doccia o l'impiego del corsetto gessato. Offre quindi su questo e su quella una notevole superiorità perchè consente la valorizzazione di altri coefficienti di cura, come la balneoterapia e l'elioterapia.

L'O. presenta due pazienti (operati rispettivamente da 3 mesi e 2 mesi) che già camminano liberamente senza bisogno di apparecchio tutore: il primo dei due è guarito di un ascesso (freddo) psoitico da cui era affetto, e offre uno spiccato atteggiamento lordotico della colonna lombare, al posto del gibbo spondilitico che preesisteva all'operazione.

L'O. manifesta la persuasione che il metodo, già così largamente sperimentato in America, sia destinato a portare un efficacissimo contributo alla cura (processuale) delle localizzazioni tubercolari dei corpi vertebrali.

Sulla fisiopatologia del sudore a proposito di un caso di iperidrosi in un malarico.

S. SILVESTRI. — L'O. intrattiene l'accademia su le analisi compiute del sudore di un malarico. Esso risultò sempre di reazione acida ed altro fatto importante si rilevò nell'eliminazione dell'urea che arrivò al 2 %. L'O. ha trovato assenza assoluta di acido lattico.

Ricerche farmacologiche sulla Digitale purpurea coltivata.

G. GAGLIO. — L'O. espone alcune ricerche farmacologiche da lui compiute sulla digitale purpurea coltivata e su l'utilizzazione di essa nella terapia cardiaca.

Il prof. GIULIO GALLI chiede alcuni schiarimenti sul diverso modo di comportarsi, talora osservato, del *digalen* e delle foglie di digitale in polvere o infuso.

Sulla cura dell'osteomalacia.

U. ARCANGELI. — Espone i risultati ottenuti nella cura dell'osteomalacia mediante la narcosi cloroformica. I malati vengono narcotizzati per 30-40 m'; i dolori già dopo 3-4 giorni diminuiscono e dopo 8-10 giorni gli infermi cominciano a camminare.

L'O. presenta vari soggetti guariti con tale metodo e tra questi una giovane donna che da un anno era costretta a stare in letto.

Si dichiara contrario alla castrazione, e dice di non aver visto mai buoni risultati dalla cura adrenalinica da altri vantata.

Prendono la parola i proff. Giulio GALLI, LEOTTA, PESTALOZZA, che si intrattengono su alcune vedute dell'oratore per quanto si riferisce all'etiologia della malattia e discutono il metodo di cura da lui esposto e gli altri in uso.

Contributo allo studio del neurofibroma plessiforme.

A. CHIASSERINI. — Intrattiene l'accademia su di un esteso neurofibroma plessiforme del capo asportato in un ragazzo; illustra la sua comunicazione con il pezzo anatomico e con preparati microscopici.

Sopra un liquido pleurico ricco di colesterina.

A. BIGNAMI. — Espone il caso di una donna studiata la prima volta nel dicembre 1914, nella quale si trovò liquido pleurico a sinistra che estratto presentò gli stessi caratteri di quello che fu tolto successivamente nel 15, nel 16 ed in questo anno dopo circa quattro anni di completo benessere. Ha un peso specifico alto, 1030. Colesterina 13.91 per litro. Appena estratto ha un colorito giallo cromo, elementi sferici carichi di gocce di grasso, scarsi leucociti e poi gran quantità di cellule eosinofile come è stato trovato in casi di eosinofilia pleurica. Di che processo morboso si tratta? Il decorso allontana l'idea che si tratti di un tumore pleurico, esso piuttosto ricorda quei casi di vaginalite cronica della vaginale del testicolo.

Il prof. ASCOLI chiede se esiste aumento di colesterina nel sangue circolante.

L'O. risponde che la ricerca nel siero è stata fatta una sola volta e la colesterina non fu trovata.

La presenza di aria nelle ferite da arma da fuoco e sua importanza radiognostica.

L. DOMINICI. — L'O. ha avuto occasione di osservare un reperto importante dal punto di vista radiognostico. Sono otto casi di frattura esposta del femore in cui si rilevano macchie bianche nelle positive. Sono bolle di grandezza variabile, a contorni irregolari, innicchiate nel focolaio di frattura, che l'O. interpetra come bolle di aria e ne spiega il modo di penetrazione.

E. GROSSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche Milano.

Seduta del 4 luglio 1919
(Presidenza: Prof. DEVOTO).

Sulla nefrite saturnina.

L. DEVOTO. — Negli individui che vengono a contatto professionale del piombo in tenera età (nove-dieci anni) il rene si altera per tempo. La lesione renale assume e mantiene, quando mancano altri fattori capaci di alterare per conto proprio il rene, il carattere ben noto di nefrite cronica interstiziale saturnina, quale venne descritta da Aschoff, Perussia, Cesa-Bianchi, Giglioli, ecc. In un caso, con nefrite saturnina dalla giovane età, venuto a mancare a trentasette anni nella sua Clinica, l'O. ebbe occasione di rilevare come l'infezione reumatica, presentatasi ripetutamente, non abbia mai dato origine ad alterazioni endocarditiche, ma soltanto a focolai di miocardite (noduli submiliari) nella parete del ventricolo sinistro e nei muscoli papillari. Queste alterazioni spiegano la presenza di un soffio sistolico osservato per più anni, senza che alla autopsia nulla si sia rivelato di anormale e che rientra in quella categoria di soffi che l'O. ha definito nel 1914 quali manifestazioni mitraliche di endocardite.

La nefrite cronica saturnina costituitasi per tempo nei giovani operai, passa, per lo più, inosservata per molti anni — ma ad essa si deve rivolgere molta attenzione — può essere scoperta; merita di essere scoperta perchè essa influisce sull'andamento delle malattie intercorrenti.

Turbe pupillari e traumatismi cranici.

P. BOVERI. — Riferendosi ad una nota precedente (seduta 13 giugno) circa il comportamento del campo visivo nei traumatizzati del capo, l'autore riferisce il risultato di una serie di ricerche fatte sui feriti cranici e sui commozionati cerebrali in rapporto al comportamento della pupilla ed alle sue reazioni agli stimoli (luce, accomodazione, convergenza e riflesso consensuale). Le turbe pupillari sono relativamente frequenti e molte volte passano inosservate perchè l'ammalato non le avverte e non ha nessun disturbo visivo.

I feriti cranici gravi presentano per lo più midriasi bilaterale con reazione alla luce più o meno lenta a seconda dello stato del paziente e del tempo trascorso dalla ferita. Il riflesso accomodatorio e quello consensuale vanno di pari passo con la reazione pupillare alla luce.

Nei feriti lievi o nei commozionati cerebrali si constata sovente anisocoria con midriasi dal lato malato. La pupilla midriatica per lo più reagisce con grande lentezza, la rigidità di essa si riscontra molto raramente. L'anisocoria dura molto a lungo, è un postumo dei più tenaci, e si incontra prevalentemente nelle lesioni della zona frontale.

Non è raro constatare la reazione paradossa alla luce.

La miosi è un fenomeno raro nei feriti cranici puri, mentre si riscontra di frequente quando coesiste una lesione del simpatico cervicale (sindrome di Claude Bernard, Horner).

Il Boveri richiama su di un fatto da lui constatato sovente nei commozionati, cioè sulla *lentezza di reazione alla luce* che non è rilevabile se non con particolari accorgimenti.

Esiste secondo lui uno stato di *midriasi latente* il quale viene messo in evidenza ricorrendo al metodo della istillazione di cocaina nell'occhio. Riferisce di casi nei quali con questo sistema semplice e pratico ha potuto apprezzare nel loro giusto valore i postumi di un traumatismo al capo.

Questa ricerca è importante nelle questioni medico-legali.

Dott. L. PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme protratte dell'influenza.

Wolpe (*Med. Klinik,* settembre 1919) rileva che nelle forme protratte dell'influenza lo stato febbrile dura per molte settimane, senza che, oltre a localizzazioni nell'apparecchio respiratorio, vi siano complicazioni da parte di alcun altro organo. La durata della febbre varia da 14 giorni a 7 mesi; la febbre è di solito continua o remittente. Le localizzazioni nell'apparecchio respiratorio possono provocare bronchiti, polmoniti, pleuriti, empiemi. Tutti gli ammalati hanno un aspetto molto grave, che indica la profonda intossicazione da cui sono colpiti.

I malati di bronchite semplice si lagnano di dolori muscolari e di spossatezza profonda. La febbre, a tipo remittente, può mantenersi per delle settimane tra 39°-40°, oppure può, dopo la prima settimana, scendere a 37°.5-38°, per mantenersi poi a questa altezza. Obbiettivamente si constatano i segni di una bronchite, in rari casi capillare. La prognosi è buona.

Gli ammalati di polmonite a forma protratta sono tutti leggermente assopiti, e notevolmente

astenici. Il polso è piccolo e frequente, la dispnea intensa. La febbre, continua o remittente, può dopo la prima settimana scendere a 37° e mantenersi tale per delle settimane; di solito però essa si mantiene più elevata, tra 38°-40°. Obbiettivamente si riscontra, su uno dei lobi inferiori, una diminuzione od abolizione del murmure respiratorio; il fremito vocale tattile è normale od è diminuito. In questi casi, ai quali H. Strauss ha dato il nome di « infiltrazioni pseudopleuritiche », si sospetta sempre la presenza di essudato pleurico; la puntura esplorativa riesce però negativa. I singolari sintomi fisici dipendono probabilmente dall'otturamento di un bronco in seguito a processi infiammatorii, e dalla conseguente atelettasia polmonare. I segni fisici persistono molto tempo dopo lo sfebbramento; si può però allora senza scrupoli, lasciar fare a questi ammalati la loro solita vita. La prognosi della polmonite protratta è buona.

Buona è pure la prognosi nei malati di pleurite essudativa, i quali guariscono dopo alcune settimane di febbre più o meno elevata. Degli ammalati di empiema, che talvolta complica la polmonite, muore il 50 per cento.

Terapeuticamente si sono dimostrate utili le iniezioni di mentolo-eucaliptolo, raccomandate da Berliner per la cura delle affezioni polmonari. Per sostenere la forza del cuore e combattere la debolezza vasomotoria, è utilissima la stricnina.

pol.

La miosite influenzale.

La miosite influenzale — scrive F. Vorpahl (*Mediz. Klinik,* settembre 1919) — è un'affezione febbrile, che si sviluppa nel corso dell'influenza o in seguito ad essa; è caratterizzata da tumefazioni dolorose di gruppi muscolari, mentre la pelle sovrastante rimane inalterata. Il decorso è cronico, la convalescenza molto lenta. La prognosi è buona; i casi finora osservati sono tutti guariti, senza che sia residuata alcuna alterazione nei muscoli colpiti. Le mialgie, tanto frequenti nell'influenza, rappresentano probabilmente una forma lieve di miosite.

Non si conosce il substrato anatomico delle manifestazioni morbose; nel caso descritto dall'A., la constatazione di una forte leucocitosi nel sangue gli fece sospettare la presenza di processi infiammatorî nei muscoli ammalati. Una puntura esplorativa dei muscoli riuscì negativa.

Il malato, un uomo di 50 anni, soffriva da 4 settimane di dolori intensissimi alla nuca, che si era notevolmente tumefatta, e di febbre remittente. La malattia si era iniziata 8 giorni dopo la guarigione dall'influenza. I muscoli tumefatti, avevano consistenza dura ed erano dolenti alla pressione. La pelle sovrastante era normale; non v'era edema. L'esame del sangue rivelò una discreta leucocitosi: 20,000 leucociti. Nel corso di alcuni giorni la tumefazione della nuca scomparve, i dolori della nuca diminuirono, mentre diventarono sede di dolori intensi i muscoli estensori delle cosce. Questi muscoli non si tumefecero mai. I dolori e la febbre durarono ancora per un mese; la convalescenza fu lenta. Terapeuticamente, furono praticate ripetute iniezioni endovenose di collargolo in soluzione al 2 %.

pol.

Stati morbosi influenzati dalla grippe, e malattie ad essa consecutive.

Se ne occupa R. Meissner (*Medizin Klinik,* n. 35, 1919). La grippe, colpendo un organismo già malato, può aggravare, lasciare inalterata nel suo decorso, o migliorare la malattia primaria. L'A. ha potuto constatare il primo caso in due malati di nefrite acuta emorragica, portati rapidamente a morte dalla grippe sopravvenuta; in un ammalato di laringite acuta, il quale fu colto durante la grippe da violenti accessi di soffocazione (tracheobronchite cruposa), che regredirono soltanto dopo molte ore di inalazioni d'ossigeno, e dopo iniezioni di atropina; in due malarici, sfebbrati l'uno da sei, l'altro da dieci settimane, i quali nella convalescenza della grippe presentarono nuovi accessi malarici tipici. Molto spesso, la grippe ha trasformato una tubercolosi latente in una forma rapidamente progressiva.

Non furono invece aggravate dalla grippe sopraggiunta, le condizioni di molti ammalati di tubercolosi polmonare aperta, di un ammalato d'insufficienza aortica, di un ammalato di nefrite interstiziale cronica.

Alcune affezioni nervose furono perfino migliorate dalla grippe: due isterici guarirono permanentemente, un ammalato di asma bronchiale grave non ebbe nessun accesso durante l'influenza; gli accessi ricomparvero però, se pure meno intensi, dopo la convalescenza.

Le malattie consecutive alla grippe, seguono immediatamente alla malattia primaria, oppure ne sono separate da un intervallo di parecchie settimane. L'A. ha osservato frequentemente:

mialgie uni- e bilaterali, che presentavano il carattere del reumatismo muscolare cronico;

nevralgie intercostali accessuali;

nevriti intercostali, nelle quali, oltre alle fibre sensitive, erano colpite anche quelle motorie.

Il complesso sintomatico consisteva nella presenza di punti dolorosi, di iper- ed ipoestesia (quasi mai anestesie) specialmente nel campo della sensibilità termica e di quella dolorifica, nella diminuzione od assenza del riflesso addominale corrispondente, nella paresi dei muscoli addominali innervati dal nervo colpito.

Intensa caduta dei capelli nelle donne. I capelli cadevano a ciocche, settimane o mesi dopo la guarigione della grippe. La caduta dei capelli era talvolta accompagnata da intensi dolori nel cuoio capelluto. *pol.*

Il trattamento della pneumonite da influenza con l'atropina.

A. Sterling (*New York med. Journal*, 9 agosto 1919) consiglia di trattare la polmonite e l'influenza fin dal principio con chinino, digitale ed atropina. Egli somministra 30 cg. di bromidrato di chinina, in un bicchiere di thè caldo, con un cucchiaio di *whisky*, tre volte al giorno, e tre volte la notte, fino a che la temperatura si abbassa. Se essa è molto alta, si dà una dose ogni tre ore durante la giornata, senza badare a sordità o ad altri sintomi di cinconismo. Per i bambini consiglia ugualmente il chinino, ma in suppositori con 20-30 cg. ogni tre ore, oppure due di notte e due di giorno.

Pure dall'inizio della malattia l'A. somministra quattro volte al giorno la dose seguente:

Polvere di digitale cg. 6;
Solfato di atropina decimilligrammi 4-6;
Cloridrato di cocaina cg. 1-3;
Solfato di stricnina mg. 2.

Per i bambini, la digitale e la belladonna si somministrano sotto forma di tintura, in modo da poter aumentare o diminuire la dose a volontà.

Durante le malattie, si daranno sempre bevande alcaline come la seguente:

Bicarbonato di potassio g. 56;
Acido citrico g. 42;
Acqua quanto basta per 700 cmc.

L'uso dell'atropina sarebbe molto utile per prevenire l'edema polmonare, che porta spesso l'esito fatale.

[Trascriviamo la ricetta sopracitata nelle misure originarie inglesi:

Polvere di digitale grani 1;
Solfato di atropina grani 1/100-1/150;
Cloridrato di cocaina grani 1/2-1/4;
Solfato di stricnina grani 1/30.

È da rilevarsi la difficoltà della preparazione farmaceutica per la esatta divisione in decimilligrammi di un medicamento eroico come l'atropina, e l'alta dose di stricnina. Sarebbe forse più pratico prescrivere gli accennati medicamenti sotto forma di tintura o, comunque, in soluzione. (*N. d. Redat.*)]. *fil.*

IGIENE.

La rigenerazione dell'aria in ambienti chiusi.

Questo problema igienico assume importanza nelle miniere, nella navigazione (in specie con i sottomarini), per certi luoghi di trattenimento affollati e non ventilati, ecc.

In uno spazio chiuso e mal ventilato, in cui si trova un certo numero di persone, si verificano parecchi fatti distinti: 1) diminuzione della quantità di ossigeno dell'aria; 2) aumento progressivo della quantità di acido carbonico; 3) aumento progressivo della quantità di vapor acqueo; 4) aumento di sostanze organiche e produzione di tossine (?) che posseggono odori speciali.

L'ossigeno consumato può essere reso all'atmosfera, per mezzo di un tubo proveniente da un recipiente, che lo contiene, compresso. L'anidride carbonica ed il vapor acqueo possono venire assorbiti per mezzo della calce sodata, su cui possono fissarsi altresì le pretese tossine, che sarebbero trascinate dal vapor acqueo.

C. Richet jun. (rif. in *Génie civil*, 8 febbr. 1919) ha fatto in proposito delle esperienze in sale ospedaliere a Parigi, ripartendo 50 kg. di calce sodata in 72 recipienti in legno, con una superficie assorbente di 9 mq.; al centro di ogni recipiente si trovava un tubo per l'ossigeno di cui affluivano 20 litri al minuto, in un ambiente di 830 mc. I risultati sono stati confortanti: la quantità d'ossigeno, che prima era inferiore alla normale, la sorpassava poi di 1/50, il vapor acqueo era notevolmente diminuito, le sostanze organiche ridotte circa d'un terzo; l'odore speciale sgradevole era interamente scomparso. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'eziologia del morbo di Flajani-Basedow.

Si ritiene che il morbo di Flajani-Basedow consista essenzialmente in ipertiroidismo. Di recente però Janney (*Endocrinology*) ha sostenuto che si trova un elemento tossico in tale malattia, derivato probabilmente dall'ormone tiroideo: questo contiene il nucleo indolico e può venire prontamente scisso in prodotti intermedi di decomposizione, alcuni dei quali possono essere tossici. Nelle condizioni normali tali prodotti tossici vengono ulteriormente elaborati nella tiroide ed eliminati in forma innocua. Diversi fattori possono disturbare la sintesi normale dell'ormone,

mettendo in circolo precoce il prodotto intermediario tossico: tali fattori sarebbero da attribuirsi a disturbi nervosi nel controllo del metabolismo tiroideo, dovuti a paura, emozioni, shock, oppure lesioni organiche per trauma, tiroidite, tutte le note cause del gozzo esoftalmico.

Il risultato di tale eliminazione prematura del prodotto tossico intermediario si tradurrebbe nell'impoverimento dell'ormone tiroideo, ciò che spiegherebbe il fatto che il gozzo nel morbo di Flajani contiene scarsa quantità di jodio. La diminuzione dell'ormone verrebbe poi accompagnata o seguita da segni d'insufficienza tiroidea.

Tutto questo spiegherebbe i segni di ipotiroidismo che si notano in tale malattia, quali atrofie e pigmentazioni della cute, perdita di capelli, ossificazione imperfetta, degenerazione grassa, ritardata eliminazione del glucosio, creatinuria, disturbi di sviluppo, ecc. e dimostrerebbe l'utilità di una prudente cura tiroidea in tali casi con ipotiroidismo.

L'intervento di tale sostanza tossica è ancora ben lungi dall'essere dimostrato: però le osservazioni di Janney sono tali che vi è sariamente da dubitare che morbo di Flajani-Basedow o gozzo esoftalmico ed ipertiroidismo siano sempre termini equivalenti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Avviso importante.

Preghiamo i nostri lettori dall'astenersi di richiedere nella « Posta degli abbonati » *notizie bibliografiche.*

Il nostro giornale ha una rubrica « Cenni bibliografici » in cui sulle opere più moderne e più importanti si richiama l'attenzione dei lettori.

Inoltre nell'indice di ogni annata, redatto con estrema diligenza, si può facilmente ritrovare la indicazione degli articoli più recenti, dei maestri più autorevoli.

Si fa pure viva preghiera di non domandare giudizi *su casi particolari*: nessun diagnostico, nessun consiglio terapeutico può razionalmente essere fornito a distanza, senza la visione del malato.

(1060). *Deglutizione dei corpi estranei.* — All'abb. n. 10.366:

La deglutizione di spille, aghi, spine di pesce, ecc., può dare luogo a flogosi periesofagee o complicazioni broncopolmonari con grande frequenza: il cammino dei corpi estranei deglutiti è stato seguito anche a distanza. La radioscopia e sopratutto la radiografia possono portare notevoli vantaggi non solo per stabilirne la presenza ma anche la sede. P. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROGERS L. *Fevers in the tropics.* (Frowde, Hodder e Stoughton ed. London. Prezzo Sc. 30), 1919, 3ª edizione.

Il libro di Rogers nella sua prima edizione era il frutto di lunga, diretta, esperienza dell'A., che, nella visione accurata di molti malati, aveva trovato la spinta ad ideare l'opera. Tale carattere conserva nella 3ª edizione che recentemente è comparsa in bella veste tipografica. Le febbri dei tropici sono divise in febbri di lunga durata (kalaazar, tripanosomiasi, febbri enteriche, tifo esantem., febbre ricorrente, ittero infettivo, febbre di Malta, epatite amebica, febbri lunghe non classificate, febbre di Oroya, febbre delle trincee) e febbri di breve durata (malaria, dengue, peste, febbre gialla, colpo di calore, febbre cerebro spinale, influenza, mal. esantematiche). Senza voler discutere il valore di una tale divisione, nell'attuale edizione è aggiunto lo svolgimento di alcune malattie, nelle quali recenti studi, che hanno avuto largo sviluppo durante la guerra, hanno portato ampia luce: l'ittero infettivo, la febbre delle trincee.

Ma se per molti capitoli il libro di Rogers non presenta particolari attrattive, ve ne sono alcuni come il Kala-azar, le epatiti amebiche che conservano un sapore di originale personalità, da imporsi alla lettura e alla riflessione. Leonardo Rogers è acuto osservatore e benefico ricercatore nella diagnostica e nella cura e la recente edizione porta speciale attenzione sulle malattie, nelle quali rimedi specifici hanno ragione del processo morboso (kala-azar, tripanosomiasi, malaria, epatite amebica).

L'edizione è accurata; illustrazioni dimostrative accompagnano il testo. *t. p.*

H. VIOLLE. *Le Cholera.* (Masson. éd. 1919. 20 fr.).

L'A. condensa nel libro il frutto di larga esperienza sulla malattia asiatica, mostra i resultati della lunga consuetudine di laboratorio: egli offre al pubblico medico una monografia completa sul colera. Dopo brevi notizie storiche, in varî capitoli, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi, l'anatomia patologica, la cura sono largamente trattate.

Capitoli moderni troveranno l'igienista ed il bacteriologo, riguardanti rispettivamente l'epidemiologia e la profilassi, il vibrione colerico e i pseudocolerici.

Il Violle ha realizzato un'opera, che riunendo tutte le conoscenze sul colera, sarà di grande vantaggio per coloro che hanno l'alta missione di vegliare sulla pubblica salute. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I requisiti dell'assicurazione statale contro le malattie.

L' "universalità".

Stabilire la portata, predisporre l'organizzazione e il funzionamento della futura assicurazione di Stato contro le malattie, è di essenziale importanza poichè dalla diligente preparazione dipenderà, in massima parte, l'esito della riforma.

Non è dunque fuori di luogo che noi tentiamo di precisare almeno le principali condizioni a cui questa dovrebbe rispondere, discutendola non tanto nei principî, quanto nelle applicazioni.

Confidiamo che il nostro modesto saggio non sarà superfluo, anche perchè la Commissione governativa che è venuta elaborando, in varie riprese, il disegno di legge sull'assicurazione statale contro le malattie, ha manifestato il parere che il progetto stesso non sia tradotto in legge per decreto reale, ma portato innanzi al Parlamento; dunque ci avanza ancora del tempo per discuterlo non inutilmente e per tentare che venga emendato e perfezionato.

Nel suo insieme (ci preme di dichiararlo subito) il progetto ci sembra ottimo e sotto quasi tutti i riguardi superiore alle critiche. Se l'Italia viene quasi ultima in questo campo tra i paesi d'Europa, potrà vantare, in compenso, una delle legislazioni più provvide, liberali e ben congegnate. Qualche apprensione ci sembra legittima solo nei riguardi della prodigalità che distingue il progetto italiano, in quanto che potrebbe compromettere la solidità finanziaria dell'edifizio che sta per sorgere.

***

In queste note ci varremo largamente dell'esempio estero: ci riferiremo sovratutto alla Germania ed all'Inghilterra, i due paesi che hanno fatto il più largo esperimento di assicurazioni statali contro le malattie. I richiami alla legislazione straniera ci permetteranno di lumeggiare il progetto italiano, sul quale convergerà il nostro esame, di valutarne meglio la portata, di penetrare più addentro nella sua struttura, di riconoscerne più sicuramente le pecche e le deficienze, inevitabili in un lavoro preparatorio così complesso e così ricco d'incognite.

***

Ci occuperemo in questo articolo della estensione che può assumere l'assicurazione contro le malattie nei riguardi del numero e della qualità delle persone assicurate.

Limitazione agli operai.

L'assicurazione è stata spesso circoscritta ad alcune classi o categorie sociali.

È così che in Germania originariamente venne resa obbligatoria solo per gli operai delle industrie; anzi non ne comprendeva neppure la totalità, ma solo quelli addetti a stabilimenti di natura ben determinata; ne erano esclusi gli apprendisti non retribuiti, gli operai occupati temporaneamente, ecc. Anche l'assicurazione facoltativa era molto ristretta: agli artigiani indipendenti, ai domestici, agli impiegati modestamente retribuiti delle Case industriali.

L'Austria seguì abbastanza davvicino l'esempio della Germania; difatti l'assicurazione obbligatoria vi fu ristretta agli operai ed ai tecnici delle imprese industriali e commerciali; quella facoltativa vi fu concessa soltanto agli operai agricoli, forestali e a domicilio, mentre si stabilirono delle agevolazioni ai proprietari terrieri, qualora se ne valessero per i loro dipendenti (esonero dall'obbligo dell'assistenza medica loro imposta).

Anche in Ungheria le assicurazioni obbligatorie furono limitate alle classi operaie; ma abbracciarono gli operai di ogni specie, compresi quelli che lavorano a domicilio, quelli di enti pubblici, quelli addetti alle industrie accessorie della produzione agricola e forestale (non però i lavoratori della terra), gli apprendisti, ecc.; quanto alle assicurazioni facoltative, esse riguardarono tutte le altre categorie di lavoratori, gli studenti, i membri di famiglia delle persone assicurate obbligatoriamente. Tuttora vigono queste disposizioni.

Strettamente operaia è l'assicurazione obbligatoria anche in Olanda, in Rumania ed in Serbia (ora regno S. H. S.). Il Lussemburgo ha copiato quasi in tutto l'Austria. La Russia aveva resa obbligatoria l'assicurazione solo per gli operai e per gli impiegati (equiparati ad operai) di certe imprese. Nel Belgio, immediatamente prima che scoppiasse la guerra, un disegno di legge d'iniziativa parlamentare provvedeva all'assicurazione obbligatoria dei soli operai; secondo un altro progetto, d'iniziativa governativa, l'assicurazione obbligatoria sarebbe stata estesa ai piccoli impiegati.

***

Anche in altri paesi non è mancata la tendenza a costituire, dell'assicurazione statale contro le malattie, un privilegio limitato quasi esclusivamente alle classi operaie.

Là dove, come in Italia, l'assicurazione contro

le malattie mancava, ma vigeva quella contro gl'infortuni industriali, è stato manifestato a più riprese il proposito di estendere quest'ultima alle malattie del lavoro, od anche a tutte le malattie degli operai, dato che esse dipendono in larga misura direttamente o indirettamente dal lavoro, come lo dimostrano le statistiche. Limitare il principio del rischio professionale agli accidenti di natura traumatica, va contro la realtà, che non consente distinzioni nette, nei riguardi eziologici, tra gl'infortuni e le malattie del lavoro e tra queste e le malattie generali.

È così che fino dal 1902 il nostro Governo (in esito alle conclusioni cui era pervenuta una Commissione per le malattie professionali) aveva assunto l'impegno di presentare una legge per estendere l'assicurazione contro gli infortuni a tutte le malattie degli operai.

Il privilegio che in tal modo sarebbe sorto, avrebbe avuto radici più antiche; difatti la legge del 1886 sulle società di M. S. (le quali costituiscono, in fondo, la forma libera di assicurazione contro le malattie), contemplava soltanto società *operaie*. Questo carattere unilaterale, di classe, sarebbe stato appena attenuato da un progetto elaborato nel 1909 da una Commissione del Consiglio della previdenza, progetto il quale tendeva ad avviare all'assicurazione statale delle classi operaie contro le malattie.

Notiamo che a vantaggio dei soli operai si è già provveduto, in Italia, anche all'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia — che possono considerarsi come forme od esiti di malattie.

***

Tutto considerato, le classi operaie sono state o tendono ad essere ovunque le più efficacemente tutelate dalle assicurazioni statali.

Si è voluto giustificare questo trattamento di favore, in quanto che le classi operaie sarebbero le più produttive e, al tempo stesso, le più esposte ai danni del lavoro.

Spetterebbe allo Stato il dovere indeclinabile di assisterle, in quanto che la loro produzione costituisce la fonte prima del benessere economico. Ma, a nostro modo di vedere, si tratta di un preconcetto, inspirato da ragioni di opportunità politica. Basti considerare che i lavoratori della terra — il cui còmpito è ancora più indispensabile nei riguardi della vita collettiva — sono rimasti quasi dovunque più trascurati delle masse operaie: per esempio in Italia si è provveduto solo di recente all'assicurazione contro gl'infortuni agricoli.

D'altra parte, si consideri che tutte le classi concorrono, per diverse guise e in diversi gradi, alla produzione, sia pure indirettamente, promuovendola, dirigendola, organizzandola, disciplinandola, provvedendo ai trasporti, alla distribuzione, allo smercio dei prodotti, diffondendo la coltura, facendo progredire il sapere, garantendo o restituendo la salute, ecc. Fanno eccezione soltanto poche categorie manifestamente parassitarie.

Anche se il valore sociale dei singoli individui dovesse commisurarsi al solo fattore economico della « produttività », sarebbe dunque ingiustificato di sopravalutare la funzione sociale delle classi operaie; quindi non si legittima di restringere ad esse i benefizi dell'assicurazione contro le malattie.

Limitazione alle classi disagiate.

È stato avanzato e difeso anche un altro assunto, cioè che convenga limitare le assicurazioni alle classi più disagiate se non proprio indigenti. Ma questa concezione s'inspira ad un sentimentalismo gretto, che si preoccupa solo di lenire le gravi miserie, quelle che più emergono, non già di promuovere il benessere generale.

Essa è stata dettata anche da interessi particolaristici e di classe: per es. ha trovato molti fautori tra i medici della Germania, perchè la professione medica risultava non poco danneggiata dalle successive estensioni che, in questo paese, vennero date all'assicurazione contro le malattie: esse portavano a restringere sempre più la clientela pagante, mentre gl'istituti assicuratori della Germania hanno sempre retribuito con estrema parsimonia i loro medici.

Condizione *sine qua non* del buon esito delle assicurazioni, è di ricompensare con equanimità i medici; ma questi, a loro volta, non dovrebbero esitare a riconoscere che nell'interesse collettivo conviene di estenderle a larghi strati sociali.

È indubitato che l'assistenza sanitaria oggi concessa ai poveri è deficientissima nei paesi, come il nostro, dove non vigono le assicurazioni statali contro le malattie; d'altra parte, essa non vale ad impedire i gravi dissesti economici cagionati dalle malattie; per questi motivi è vivamente sentito il bisogno di migliorarla e di provvedere, al tempo stesso, ad una efficace assistenza economica dei poveri colpiti da malattie.

Ma il bisogno di una valida assistenza integrale è condiviso da impiegati, da piccoli professionisti, da piccoli proprietari ecc., costretti a sostenere spese inadeguate alle loro risorse nella contingenza di malattie che colpiscano essi stessi o le persone delle loro famiglie — per es. a pagare forti diarie di ospedalizzazione.

Anche gl'impiegati dello Stato e di enti pubblici, che pure durante le malattie ricevono lo stipendio e l'assistenza medica, si trovano spesso fortemente pregiudicati: per es. debbono provvedere alle cure chirurgiche, ai presidî terapeutici, all'ospedalizzazione ecc. (è ben noto che le ces-

sioni del quinto sono per lo più l'esponente di questi bisogni straordinari creati nella classe degli impiegati dalle malattie).

Dunque, molte categorie sociali possono trarre dei benefizi inestimabili dalle assicurazioni; perchè dovrebbero restarne escluse? Si consideri, inoltre, che le classi povere non sono quelle che rendono di più alla collettività; quindi, anche nei riguardi dell'economia collettiva, non si legittima di accordare loro una preferenza nelle misure di tutela e di assistenza sociale.

La classe medica verrebbe meno a queste direttive di liberalità, qualora si adoperasse a far restringere il numero degli assicurati escludendone larghe categorie di semi-poveri: invece la sua opera dovrebbe limitarsi ad ottenere per sè un trattamento economico adeguato. Sono questi, secondo noi, due postulati fondamentali del programma che la classe medica dovrà svolgere per passare al regime assicurativo.

Altre limitazioni.

Altre limitazioni sono state proposte od attuate: esse sono relative alle malattie preesistenti, all'età, ai rischi professionali, ecc.

Per es. in Norvegia i cronici sono esclusi dalle assicurazioni obbligatorie, mentre per le assicurazioni facoltative occorre non aver superato l'età di 40 anni e non essere colpiti da malattie croniche nè da malattie che presentino un rischio particolare per le Casse; anche in Germania le Casse possono stabilire limiti di età e richiedere un certificato di sanità costituzionale per le assicurazioni volontarie; e così via.

Generalizzazione delle assicurazioni.

Ispirandosi a concezioni ampie, conviene di estendere l'azione benefica delle assicurazioni statali al massimo numero possibile d'individui, a tutti coloro che possono trovarsi alle prese coi bisogni determinati dalle malattie. Ne rimarrebbero esclusi soltanto, in modo naturale, i più abbienti, per i quali non ne sussiste il bisogno, nonchè tutti coloro che già godono di benefizi equipollenti.

Viene così ad imprimersi alle assicurazioni il carattere della *universalità*. Esso risponde alla funzione di tutela che compete allo Stato, la quale si estende a tutti gl'individui che lo compongono. È anche in rapporto con la missione dell'igiene sociale, che deve mantenersi superiore ad ogni competizione di classi o di categorie e tendere al benessere igienico e sanitario della società presa nel suo insieme.

Il principio della universalità è andato sempre più affermandosi. Così in Germania le assicurazioni contro le malattie, che in origine, come abbiamo visto, erano state rese obbligatorie per i soli operai, sono state oggetto di successivi ampliamenti, i quali hanno esteso sempre più il circolo delle persone assistite. Finalmente nel 1911 l'obbligatorietà venne stabilita per molte categorie di lavoratori, compresi i contadini e i lavoratori a domicilio, per gl'impiegati e aiutanti di stabilimenti industriali e di case commerciali, per gl'insegnanti, gli artisti di teatro, gli equipaggi di navi, gli addetti alle farmacie ecc.; le assicurazioni volontarie o facoltative vennero autorizzate per le persone di famiglia di assicurati non assoggettate all'obbligo dell'assicurazione, per i piccoli industriali, per gli imprenditori e i capi d'impresa, ecc. (fatte alcune restrizioni). Anche i limiti dei proventi che comportano l'obbligo o la facoltà dell'assicurazione sono stati successivamente aumentati, come vedremo in un prossimo articolo.

Un solo trattamento di favore è rimasto per gli operai, in quanto che non è stata stabilita per essi alcuna limitazione relativa agli introiti: tanto quelli più lautamente retribuiti come gli apprendisti la cui retribuzione è nulla, hanno l'obbligo dell'assicurazione. Tutto considerato, l'assicurazione, che in origine era stata strettamente operaia, è venuta assumendo carattere sociale.

In Austria nel 1904 l'obbligatorietà delle assicurazioni contro le malattie venne pure estesa: vi furono inclusi gli operai delle imprese agricole e industriali (al tempo stesso che si aumentarono gli obbiettivi delle assicurazioni statali). Prima della guerra era in discussione, presso il Parlamento austriaco, un progetto di legge per estenderle ancora di più, ai lavoratori indipendenti, ai piccoli imprenditori, ecc.: si prevedeva che il numero degli assicurati, il quale in principio era stato di un milione e mezzo appena, sarebbe salito a sei milioni.

Molto liberale è stata l'Inghilterra, che ha incluso nell'assicurazione obbligatoria quasi tutti i suoi regnicoli, compresi i professionisti, gli impiegati privati di qualsiasi genere, la gente di mare, gli artigiani e lavoranti a domicilio per conto dell'imprenditore, ecc. Limiti latissimi sono stati stabiliti per i proventi che impongono l'obbligo dell'assicurazione. Un trattamento di eccezione è stato fatto anche in Inghilterra per le classi operaie, in quanto che non è stata stabilita nessuna limitazione relativa agli introiti. Sono stati esclusi dall'obbligo di assicurazione coloro cui si provvede in altra guisa nei casi di malattia, i militari, gli impiegati dello Stato e di Enti locali, gli emigrati, le persone mantenute per intero dai proprietari, le persone provviste di un certo reddito. I commissari dell'assicurazione possono, con l'approvazione del Ministero del tesoro, assimilare ai salariati gli stipendiati pubblici e privati che sono indicati in apposito elenco.

Quanto alle assicurazioni volontarie o facolta-

tive, esse sono state consentite alle stesse condizioni di quelle obbligatorie, qualunque sia la posizione economica dell'assicurando, purchè questi abbia un'occupazione regolare e viva interamente o principalmente del guadagno che ne ricava; e, qualora il suo reddito superi un certo limite, purchè egli sia stato assicurato obbligatoriamente per almeno cinque anni.

Il principio di liberalità seguito nell'Inghilterra è stato adottato anche in Italia, anzi ancora esteso: nel progetto Gobbi-Toja non è stabilita nessuna distinzione di classi o di categorie sociali, se non per includerne il massimo numero nell'ambito dell'assicurazione. Non è posta nessuna restrizione; entro determinati limiti dei proventi, chiunque deve essere assicurato: operai, impiegati, professionisti, contadini, mezzadri, affittuari, proprietari, maestri, istitutori privati, artisti, marinai, domestici ecc.

Valeva forse meglio di sopprimere qualsiasi specificazione: l'omissione eventuale di qualche categoria dall'elenco potrebbe significare esclusione dall'obbligo dell'assicurazione.

Il progetto italiano prevede anche l'assicurazione facoltativa, ma vi porta molte limitazioni; difatti essa viene lasciata all'arbitrio delle singole Casse; la gestione relativa deve rimanere distinta; lo statuto di ogni Cassa deve stabilire i termini di carenza o franchigia, di noviziato, la durata, i fondi con cui si provvede alle prestazioni, ecc. Tutto ciò deve portare una grande complicazione, un aumento nelle spese di amministrazione, un intralcio allo sviluppo dell'assicurazione facoltativa. Sarebbe raccomandabile, crediamo, di sopprimere siffatte restrizioni e di consentire l'assicurazione facoltativa a chiunque ne faccia richiesta, assimilandola a quella obbligatoria, salvo sulla misura dei premi che conviene sia tenuta più alta in ragione dei maggiori oneri per le Casse (in quanto si assicurino volontariamente, di preferenza, i predisposti, i deboli, i semi-invalidi).

Gli stranieri.

Per gli stranieri si è provveduto in vario modo nei vari paesi; per es. in Ungheria essi sono equiparati in tutto ai nazionali; in Inghilterra godono degli stessi diritti, così per l'assistenza sanitaria come per quella economica, ma devono pagare del loro la quota dello Stato. Nel progetto italiano si mette a loro carico la quota dello Stato e quella eventuale del Comune, salvo per le Nazioni in cui vige la reciprocità.

L'inclusione degli stranieri assume importanza per noi, appunto in ragione della reciprocità di fronte ai nostri emigrati, sovratutto in attesa che le assicurazioni-malattie vengano attuate nei paesi d'America.

Persone di famiglia degli assicurati.

L'efficienza dalle assicurazioni si moltiplica estendendo il diritto dell'assistenza sanitaria ed ai presidî relativi alle famiglie degli assicurati.

Nei vari Paesi con regime assicurativo le condizioni variano molto. Per es. in Ungheria la cura medica e farmaceutica è obbligatoria per tutta la famiglia dell'assicurato; in Norvegia lo è per il coniuge e per i figli inferiori ai 15 anni di età, mantenuti dall'assicurato; in Rumania ai membri ammalati della famiglia si concedono le cure mediche ed anche i soccorsi pecuniari; in quasi tutti gli altri paesi (Germania, Inghilterra ecc.) l'assistenza sanitaria alle famiglie degli assicurati è lasciata alla facoltà delle Casse e delle Società mutue riconosciute e va soggetta a restrizioni varie, ma essa è andata generalizzandosi nella Germania e diffondendosi nell' Inghilterra ed altrove, poichè troppi inconvenienti sono risultati dalla mancanza di unità nei servizi sanitari entro il ristretto ambito di una stessa famiglia. L'unificazione comporta una semplificazione amministrativa ed una corrispondente economia nelle spese sanitarie complessive sostenute dalla collettività, consente una profilassi più efficace delle malattie contagiose, risponde a ragioni deontologiche ed a ragioni sentimentali ovvie: perciò in Inghilterra si discute sulla necessità di sanzionarla, ormai, nella legge. **Il più elementare buon senso basta a suggerirla ed a farne riconoscere i vantaggi.**

Informandosi a principî di liberalità e di buon senso, lo schema di legge italiano riconosce alle persone di famiglia dell'assicurato il diritto alla stessa assistenza sanitaria che assegna all'assicurato; non solo, ma esso intende la « famiglia » nel senso più lato: difatti contempla il coniuge, i parenti ed affini in linea retta ed i collaterali fino al secondo grado, qualora convivano con l'assicurato e questo provveda al loro mantenimento.

Nei casi in cui il diritto all'assistenza derivasse ad una stessa persona per due o più vie, poichè nella stessa famiglia esistono due o più assicurati, occorrerebbe stabilire — crediamo — quale diritto debba prevalere, per evitare duplicazioni e conflitti di assistenza.

Gli indigenti.

Anche di fronte agli indigenti sono stati seguiti criteri varî nei varî Paesi.

In Inghilterra provvede l'ufficio dei « tutori dei poveri » (cui è affidata anche l'assistenza sanitaria dei figli di assicurati, se di età inferiore ai 15 anni e se i genitori non possono provvedere altrimenti); ma ne derivano degli svantaggi notevoli e si riconosce ormai la necessità di portare l'assistenza sanitaria dei poveri nel campo delle assicurazioni: i « tutori » verserebbero agli istituti di assicurazione le quote per i poveri e per gli assimilati ai poveri.

L'unificazione si è avuta nella Svizzera, dove i poveri sono a carico del Consiglio federale (cioè del Governo), che assegna un sussidio per ogni po-

vero e lo versa ai Cantoni che assumono la cura degli indigenti.

Nel progetto italiano l' unificazione è stabilita in modo semplice: l'assistenza ai poveri resta a carico delle istituzioni di beneficenza e dei Comuni, ma viene esercitata dagli Istituti provinciali d'assicurazione (Istituti di previdenza sociale), cui si versano le quote relative.

È appena necessario di aggiungere che il medico va compensato in ragione delle prestazioni date o per le quali è impegnato e quindi anche delle persone assistite od iscritte per l'assistenza sanitaria (persone di famiglia degli assicurati, indigenti, ecc.) e non soltanto di quelle assicurate.

Limite dei proventi.

Interessa molto di stabilire il limite superiore degli introiti che comportano l'obbligatorietà o la facoltà dell'assicurazione contro le malattie.

Da questo limite dipende, infatti, per buona parte almeno, il grado di universalità dell'assicurazione. Difatti più esso è alto, più cresce il numero degli assicurati e degli assistiti: quindi per i medici questo limite assume un'importanza speciale.

Ne parleremo in un prossimo articolo.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Ministero dell'Industria, Commercio e Lavoro (Direzione generale del lavoro e della Previdenza sociale). Commissione per lo studio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Raccolta di materiali di studio preparata dall'ufficio. Roma, 1919. Relazioni e schemi di disegno di legge sulla assicurazione obbligatoria in caso di malattia: relatori U. GOBBI, G. TOJA. Roma 1918. Supplementi ai detti. Roma, 1919.

L. VERNEY. *Le basi economiche e politiche dell'assicurazione statale contro le malattie.* Questo giornale, 29 giugno 1919.

F. REES. « National Health », Bristol, 1919.

« British Med. Journal », supplementi, 1917-1919.

Cronaca del movimento professionale.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate:

Campobasso. — Altobello prof. Giuseppe di Campobasso, presidente; De Francesco Gennaro di Campochiaro, Lembo Andrea di Lupara, Muccilli Giovanni di Mirabello Sannitico, Novelli Scipione di Larino, Pascale Donato di Casalciprano, Penna Alessandro di Isernia, consiglieri; Mola G. B., segretario; Ferrara T., Tesoriere.

Mantova. — Rabitti Augusto, presidente; Vivenza Franklin, segretario; Zanardi Pasqnale, tesoriere; Guastalla Lincoln, Paghera Angelo, Pasquali Marino, Zinelli Giuseppe, consiglieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8018). *Interinato — Ricchezza mobile — Monte pensioni.* — Dott. V. M. da C. Anche il medico interino è obbligato al pagamento della Ricchezza mobile sull'assegno mensile o giornaliero, che gli compete. Non ha, però, l'obbligo di pagare il contributo monte pensione perchè non ha nomina regolare, cioè, fatta a seguito di pubblico concorso.

(8019). *Indennità caro viveri.* — Dott. O. B. da B. Qualora effettivamente Le competa la indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, in vista della oscitanza del Comune nel corrisponderla, non resta altra via che citare l'Amministrazione comunale innanzi al Pretore, per sentirsi condannare a pagarla.

(8020). *Ricchezza mobile — Interinato — Caro-viveri — Concorsi.* — Dott. C. G. da V. La percentuale della Ricchezza mobile gravante sugli stipendii degli impiegati è dell'8,65 %. Il periodo interinale agli effetti della pensione è sempre calcolato per abbreviare il tempo necessario per acquistare il relativo diritto, anche se non si paghi alcun contributo.

L'aumento dello stipendio del 30 % è duraturo una volta concesso dal Consiglio Comunale. L'indennità caro-viveri cessa con la fine dell'esercizio finanziario successivo a quello in cui sarà pubblicata la pace. Essendo cessato lo stato di guerra si potrebbero bandire i concorsi. Ma nessun esplicito decreto all'uopo esiste.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 10039:

Nella sua qualità di ufficiale in congedo ella dipende ora dal Distretto militare.

Ella dovrà quindi far capo al Comando del Distretto presentando tutti i documenti che comprovino il servizio prestato, e la domanda per ottenere la polizza.

All'abb. n. 9686:

La notizia è infondata. Per la nomina ad ufficiale sanitario vigono le solite norme ed occorre compiere il corso stabilito presso i laboratorî di Igiene Universitarî.

M. G.

All'abb. n. 10.064:

Per quest'anno nell'Università di Roma non vi sarà un corso di perfezionamento in radiologia ed elettroterapia e per frequentare l'Istituto potrà far domanda al Direttore, prof. Ghilarducci.

Anche nelle altre Università non sono stati annunziati corsi speciali potrà; ad ogni modo rivolgersi ai prof. A. Busi a Bologna, V. Maragliano a Genova e Sgobbo a Napoli.

P. A.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *R. Università. — Cattedra di Elettroterapia e Radiologia.* — Sono disponibili un posto di assistente effettivo ed inoltre nel ruolo del personale volontario, a norma dei vigenti regolamenti, due posti di aiuto e due di assistente. Dirigere le domande in carta libera alla direzione dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia, Policlinico Umberto I, Roma.

PADOVA. *Municipio.* — Due condotte suburbane; complessive lorde L. 6980 se senza persone a carico, L. 7400 se con più di 4 persone a carico, e salvo l'aumento deliberato a partire dall'esercizio consecutivo alla pace; cinque quinquenni del decimo sullo stipendio di L. 4.500; L. 1200–1800 per mezzi di trasporto. Per altre condizioni chiedere l'annunzio. Scadenza ore 17 del 10 dic. Assunzione del servizio entro 20 giorni dalla data della partecipazione della nomina.

TREVISO. — *Opere Pie Riunite Ospedale Civile « Elena di Savoia » ed Istituti Esposti con Maternità.* — È aperto a tutto il 31 dicembre 1919 il concorso al posto di chirurgo primario. Assegno annuo L. 1800; transitoriamente elevato a L. 3908.33. Cinque aumenti triennali. Iscrizione alla Cassa di Previdenza dei Sanitari. Età massima anni 39. Titolo minimo: 4 anni di laurea. Richiedere schiarimenti all'Amministrazione.

Medico-chirurgo, prevalentemente chirurgo, nove anni di laurea, pratica ospedali, maternità, condotta, desidererebbe condotta medica, paese possibilmente in pianura, o, se in montagna, senza frazioni. Rivolgere proposte al Signor Vetulla, via Nuova Capodimonte, n. 186, Napoli.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ALBO D'ORO.

Il prof. Vincenzo Montenovesi, su proposta del Comando militare, era stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per le benemerenze acquistate nell'apprestare le sue cure ai feriti di guerra e nell'impianto di una officina specializzata; ma l'onorificenza non sembrò adeguata alle alte benemerenze dell'illustre professore, il quale in qnesti giorni, e sempre per merito di guerra, è stato nominato commendatore.

Al valente sanitario porgiamo i nostri rallegramenti cordiali.

Il dott. Camillo Olivero, medico municipale di Asti, capitano medico di complemento, è stato insignito della Croce al merito di Guerra per speciali benemerenze acquistate durante la guerra 1915–1917.

Nel fascicolo scorso, a pag. 1238, il titolo del secondo articolo deve dire: « pleuriti pneumotoraciche »; a pag. 1243, nell'articolo « Termini medici », riga 7ª, leggere « Morbus gallicus ».

MEDAGLIONI.

Sante De Sanctis.

La Facoltà Medica di Roma, con voto unanime, ha chiamato il prof. Sante De Sanctis alla cattedra di Clinica psichiatrica, rimasta vacante dopo la morte del compianto prof. Tamburini.

La semplice notizia, nudamente data così, potrebbe bastare per i nostri lettori, poichè Sante De Sanctis non ha bisogno di presentazione. Non per questo dunque scriviamo le brevi note seguenti, ma per rievocazione di date e di fatti, che segnano le vivide tappe della vita laboriosa e produttiva di un uomo, nel suo sicuro cammino.



Laureatosi nel 1886, con una tesi di neuropatologia intorno alle *Afasie*, argomento quasi nuovo per quei tempi, il giovane medico, che già aveva tracciato i suoi ideali, fu, dalla suprema ragione della vita, esiliato in condotta: ma i quattro anni trascorsivi, con l'isolamento, la semplicità, la fatica della vita di provincia, non ebbero il terribile sopravvento sull'idea scientifica di lui, maturarono invece la mente per nuovo lavoro.

E come movendo ad una riscossa verso il suo vero destino, il dottor De Sanctis nel 1892 dalla condotta ritorna a Roma, ove viene a studiare anatomia patologica nel laboratorio del Manico-

mio di S. Maria della Pietà, sotto la guida sapiente del prof. Mingazzini; studi che riprese poi profondi per 3 anni, sotto un altro grande maestro, il prof. Marchiafava.

Da allora la carriera scientifica divenne per lui realtà e noi lo troviamo successivamente, aiuto, e per molti anni, di Clinica psichiatrica, supplente del prof. Sciamanna nell'insegnamento ufficiale della medesima disciplina, libero docente di psichiatria, libero docente di psicologia, mentre, vinti vari concorsi, è chiamato nel 1905 a coprire la cattedra delle malattie nervose e mentali presso l'Università di Sassari e nel 1906 viene eletto titolare della Clinica Psichiatrica di Messina. Nello stesso anno, in seguito a concorso, è nominato straordinario di Psicologia sperimentale a Roma, nella quale disciplina consegue l'ordinariato nel 1913, e donde passa oggi alla Cattedra di Clinica psichiatrica.

Durante tutta questa intensa vita universitaria ha prodotto un ricco patrimonio scientifico. Sono circa 150 le memorie da lui pubblicate in numerosi periodici italiani ed esteri di psicologia, psichiatria, criminologia, scienze sociali e pedagogiche, e riguardano l'anatomia normale e patologica del sistema nervoso, la patologia nervosa e mentale, la psicologia sperimentale, la psichiatria clinica.

L'opera scientifica e pratica di Sante De Sanctis comprende inoltre il *Trattato pratico di psichiatria forense* e vari altri grossi volumi, dei quali due tradotti in tedesco.

Il maggior contributo originale egli ha portato negli argomenti riguardanti il *sonno e i sogni*, l'*attenzione*, i *contrasti psichici*, la *frenastenia* (con oltre 50 memorie), l'*infantilismo*, il *mongolismo*, malattia che egli ha fatto conoscere in Italia, la *dementia praecocissima*, che per opera sua è entrata nella letteratura psichiatrica, l'*educazione dei deficienti*, ecc. ecc. In Italia egli è il fondatore di una scuola: la psicologia sperimentale.

Nè questa grande produzione scientifica, nè un largo successo professionale sono bastati ad esaurire l'attività del prof. De Sanctis, il quale nel frattempo ha ideato e fondato gli asili-scuola, splendida istituzione che anche oggi egli dirige con passione e che ha permesso di togliere dalla strada e dall'abbandono i bimbi deficienti, calcolati come quantità negativa ed inutile nella compagine sociale.

E nuove opere sociali egli è stato chiamato ad esplicare in seno della Commissione Reale, che dovrà darci la grande attesa riforma del Codice Penale, edificando sulle basi della scienza tutta la moderna vita civile.

Ancora nel pieno rigoglio della virilità se pur non giovane — essendosi in Italia sempre troppo giovani per arrivare alla cattedra! — il prof. De Sanctis riceve dalla Facoltà medica di Roma un alto posto e un arduo compito: alto per la funzione medica e sociale, arduo per l'ora che attraversa la Psichiatria, la quale avviatasi verso nuovissime vie, non può più limitarsi a classificare e catalogare più o meno empiricamente i pazzi, per guardarli poi con lo sconforto di chi non può far nulla per essi.

Il nuovo Clinico psichiatrico di Roma è certo l'uomo adatto al posto e al tempo.

G. SAB.

E noi gli diamo il più simpatico benvenuto.

COLTURA SUPERIORE.

Il livello della coltura medica.

Malinconiche riflessioni ci suggerisce un articolo di E. Manson sul *Journal of the Amer. med. Assoc.*, del 12 aprile. In occasione dell'entrata in guerra, negli Stati Uniti si è sentito il bisogno di sottoporre i medici, sia volontari, sia chiamati regolarmente, ad un esame che ne comprovasse l'attitudine al servizio. Tale procedimento era una necessità agli Stati Uniti, dove le scuole di medicina variano enormemente da Stato a Stato, sia per i requisiti di ammissione, sia per gli insegnamenti che vi si impartiscono. Non si conosce in particolare quali esami siano stati fatti; essi sono stati però d'indole essenzialmente pratica, e, d'altra parte, gli esaminatori hanno mostrato una notevole indulgenza. Ciò non ostante un numero rilevante è stato dichiarato inferiore ad un livello di media coltura medica: in medicina si è avuto 6.6 % di ottimi, 8 % di buoni, 6.2 % accettabili, 15 % che potevano considerarsi solo come assistenti, 12 % di assolutamente deficienti. In chirurgia vi è stato il 34 % di accettabili più o meno buoni, il 22 % che poteva esercitare le funzioni di assistente, il 37 % da considerarsi soltanto come allievi, il 7 % di deficienti. I risultati più cattivi si sono avuti in media nei provenienti dalle scuole meno quotate.

È terrorizzante il pensare a quali disastri si sarebbe andati incontro, affidando la salute e la vita dei soldati a simili professionisti deficienti, o insufficienti, di cui la proporzione è più alta per la chirurgia, cioè proprio per quella branca, che, nelle condizioni di guerra, richiede la maggiore abilità. Notevole pure era l'ignoranza per quanto riguarda la salute pubblica, l'igiene e la profilassi.

I medici sono stati classificati anche dal punto di vista psicologico, con esami (di cui l'A. non dà i particolari), che sono molto in uso agli Stati Uniti, per gli aspiranti a diversi concorsi. Sotto tale punto di vista, i medici sono notevolmente inferiori alla quasi totalità degli altri ufficiali e possono consolarsi solo pensando che i dentisti ed i veterinari si trovano in un grado più basso del loro; primi risultano invece gli ingegneri e gli ufficiali d'artiglieria. Si può discutere sulla convenienza e sull'importanza di questo esame, che ha sopratutto il significato di prontezza negli atti comuni della vita e che non ha molto a che fare con la coltura e con lo spirito di osservazione e di critica, che sono in fondo le doti più necessarie per il medico: maggiore importanza potrà invece avere per il chirurgo: ad ogni modo queste osservazioni indicano che i medici esaminati non possedevano in generale un'intelligenza molto pronta.

Ma ancora più lacrimevoli sono i risultati degli esami di medici che si erano qualificati come specialisti: risultò non idoneo il 20 % dei neurologi, il 38 % degli stomatojatri, il 51 % degli oculisti, il 70 % degli otorino-laringojatri! Alcuni fra questi non idonei furono abilitati all'esercizio della medicina generale, altri invece mostrarono un'ignoranza così crassa, che l'esaminatore si credette autorizzato a chieder loro con quale sfacciataggine si fossero assunto il titolo di specialista.

In generale però gli americani hanno utilizzato anche buona parte dei medici insufficienti, per servizi di minore importanza o di indole paramedica (servizio di scorta ai treni, di trasporto, di assistenza, di ispezione, ecc.), assai più pratici in questo campo di noi, che abbiamo lasciato nelle unità avanzate magari degli studenti ed invece inviato dei direttori d'ospedale alla scorta dei treni sanitari, con l'incarico di mille formalità burocratiche per le quali non era certo necessario un notevole corredo di cognizioni cliniche!

Non ci risulta che da noi siano stati fatti esami di tal genere, se non forse in qualche caso speciale, per qualche medico, che non aveva mai esercitato, o per altri che si dichiaravano p. e. batteriologi, allo scopo di avere una migliore residenza e mansioni in località più tranquille.

Ad ogni modo, la maggiore uniformità nelle nostre scuole universitarie e nei requisiti richiesti per l'ammissione, dà certamente un maggiore affidamento sul livello della coltura nei medici nostri, che sebbene lontani dai centri, si tengono abbastanza in contatto con le correnti di idee, frequentano i corsi di perfezionamento, ecc.

È certo però che esami di tal fatta porterebbero dovunque a risultati poco confortanti e dimostrerebbero probabilmente che coltura professionale e favore popolare non vanno sempre paralleli e che, spesso, medici, che in certi ambienti vanno per la maggiore, hanno una coltura professionale ben poco elevata. Si è veduto, in città, dove i posti di condotta medica si ottenevano con esami abbastanza serî, che i medici condotti sbarcavano il lunario con le visite nelle stamberghe e nelle soffitte, mentre i bocciati salivano in auge, favoriti dalla insipienza della clientela ricca. Comunque, anche lasciando da parte queste ingiustizie del favore popolare, è indubitato che, mentre da un lato va sommamente curata l'istruzione universitaria, rendendola ampia e pratica e considerando come un delitto ogni indulgenza, si deve procurare che il livello della coltura medica rimanga alto, per mezzo di conferenze, di corsi di perfezionamento obbligatori anche per i liberi esercenti, e con tutti quei metodi, che valgano a mantenere il ceto medico veramente eletto e degno dell'alta missione affidatagli.

Index.

NOTIZIE DIVERSE.

Per Fiume italiana.

I chirurghi italiani, adunatisi recentemente a Trieste, inviarono al loro collega prof. Grossich, il forte assertore dell'italianità di Fiume, un vibrante messaggio di solidarietà e di plauso, auspicante ai destini della nobile città.

L'insigne chirurgo ha così risposto:

Chiarissimo prof. Roberto Alessandri,

Il cav. prof. Giovanni Masnata, trasformatosi in ispettore delle ferrovie, è riuscito — ad onta del blocco nittiano — a raggiungere Fiume ed a trasmettermi personalmente il nobilissimo ordine del giorno votato per acclamazione nella seduta inaugurale del XXVI Congresso della Società di Chirurgia, tenuta a Trieste addì 2 ottobre 1919.

Per l'affettuoso augurio a Fiume — e per il cordiale saluto a me — esprimo, a tutti i sessanta generosi colleghi firmati, la più viva gratitudine.

Da quando la storia lo ricordi, da più di un millennio, Fiume, comune italiano, seppe, oltre ai secoli, reggersi da sè con propri statuti e conservare immacolata la propria lingua, che fu sempre quella di Dante.

Per autodecisione Fiume fu nel 1779, col diploma di Maria Teresa, unita alla corona di Santo Stefano, quale corpo separato, conservando sempre statuti e privilegi e lingua.

Avvenuto il crollo della Monarchia Austro-Ungarica, Fiume ridivenne libera ed il 30 ottobre 1918, per autodecisione plebiscitaria procla-

mò la sua annessione incondizionata alla madre-patria, l'Italia. Il giorno 26 aprile 1919 il Consiglio nazionale di Fiume rimise in mani del generale Grazioli tutti i poteri statali. Il generale Grazioli promise di passarli al presidente dei Ministri Orlando, che in quei giorni tra gli applausi di tutto il popolo d'Italia entrava a Roma, venendo da Parigi.

Il presidente Orlando udì il grido: « Annessione, annessione », ma non ebbe la forza di associarvisi e di sottoporlo alla sanzione del Re vittorioso che non sarebbe di certo mancata. Sarebbe stata la sua gloria... Ad Orlando successe Nitti; e la rovina di Fiume stava per riuscire, quando, all'ultimo momento, come dal Ciel disceso, comparve il Salvatore, l'uomo prodigioso, Gabriele d'Annunzio, alla testa d'una forte schiera d'eroi, e Fiume fu salva.

Il Comandante d'Annunzio interrogò ancora una volta il popolo fiumano radunatosi intorno a lui, se era sempre fermo nel voler l'annessione incondizionata della città, porto e distretto, al Regno d'Italia. Un *sì* formidabile uscì dal petto di 35,000 cittadini. Allora Gabriele d'Annunzio proclamò in faccia al mondo, in nome del popolo d'Italia, l'annessione di Fiume all'Italia, per sempre.

Da quell'ora benedetta Fiume vive tranquilla e sicura che la sanzione del popolo d'Italia e del suo Re non mancherà.

Chiarissimo Collega, ecco in brevissime parole la sintesi della storia di questa città.

Giudichi Lei della nostra angoscia, dal 30 ottobre 1918 al 12 settembre 1919, e della nostra gioia dopo questo ultimo giorno.

Io poi personalmente devo al sommo d'Annunzio la vita, perchè senza la sua venuta, a quest'ora, dopo aver sofferto chi sa quali sevizie da parte dei jugoslavi, di certo non mi troverei più tra i vivi.

Con un abbraccio fraterno, suo devotissimo

Dott. A. Grossich.

Seconda munifica elargizione del prof. Augusto Murri all'Ospizio Marino provinciale Bolognese.

L'illustre prof. Murri ha inviato al sen. Enrico Pini, presidente dell'Ospizio Marino di Rimini, la seguente lettera:

Caro signor senatore,

Ieri io non la ringraziai abbastanza del piacere che la sua cortese visita mi procurò. In un tempo, in cui tanti par che non possano respirare che odio, si può considerare privilegio invidiabile un colloquio, che non è ispirato se non da sentimenti di compassione per quei dissennati e di amore per tutti gli altri. Le mando dunque 200,000 lire in consolidato al 5 per cento per quell'Ospizio Provinciale di Rimini che Ella ed io amiamo. L'offerta mia (lo so) non è grande, ma siccome è frutto non di fortune ereditate, ma d'un lavoro che dura già da 66 anni, non è senza significato per quei cari bambini, che son figli d'operai. Offerte più cospicue verranno quando Ella, con la sua grande autorità, avrà fatto penetrare nella coscienza del pubblico la opinione certamente giusta, che l'Ospizio non pretende di curare i bambini, invasi già da una malattia, che per ora nessun medico (checchè ne scrivano) sa guarire: esso vuol preservare appunto dall'ammalare i bambini, che ne son più minacciati. Potremmo già esser paghi, se riuscissimo a risparmiare a tante famiglie povere il dolore della morte d'un figlio, ma a noi sorride anche la visione consolatrice d'una società futura men popolata di tubercolosi, che trascinano miseramente la vita per anni, all'Ospizio che ho l'onore di presiedere, vivere lietamente per sè e beneficamente per gli altri.

C'è forse una spesa, che prometta di rendere più della nostra? Io mi consolo pensando che Ella è d'accordo con me e che anche per questa ragione io posso dirmele devotissimo

Augusto Murri.

Da casa, 7 novembre 1919.

Il Consiglio amministrativo dell'Ospizio, oltre all'avere ringraziato con una forma speciale l'illustre Maestro, che pochi anni or sono elargì altra eguale somma, ha deliberato di intestare al nome di Lui l'Ospizio stesso.

L'offerta spontanea e generosa di Augusto Murri è di quelle che non si commentano. Si applaudono, con reverenza, con entusiasmo, con riconoscenza viva e profonda.

G. M. P.

Un dono di milioni all'Ospedale Maggiore di Bologna.

Riceviamo queste comunicazioni ufficiali:

Il marchese Carlo Alberto Pizzardi, con rogito Angeletti del 4 corrente, ha donato allo Spedale Maggiore di Bologna i suoi beni immobili nei Comuni di Bentivoglio, San Giorgio di Piano e San Pietro in Casale, allo scopo che sia eretto un nuovo Ospedale per acuti, con separato riparto per tubercolosi.

Il marchese Carlo Alberto Pizzardi per onorare la memoria del Padre suo senatore Luigi, che fu il primo presidente del Ricovero di Mendicità Vittorio Emanuele II, ha fatto donazione al Ricovero stesso, con atto del notaio Angeletti del 4 corrente, di otto possessioni nel Comune di San Giorgio di Piano.

L'illustre gentiluomo, il cui padre fu il primo sindaco di Bologna libera nel 1859, dopo avere per molti anni profuso tesori in beneficenza, ognora sotto il velo del più stretto anonimo, ha voluto oggi spogliarsi di avite e dilettissime sostanze del valore di parecchi milioni, per farne dono agli ospedali ed al Ricovero con uno di quegli impeti irrefrenabili di carità per i quali il suo nome perennemente resterà, negli annali di Bologna, come quello del maggiore dei filantropi bolognesi. G. M. P.

Cospicua elargizione per un ospedale.

La signora Angelina Ferrario vedova Scola ha lasciata erede universale del suo patrimonio, ascendente a circa 800,000 lire, la Congregazione di Carità di Besana Brianza, per l'erezione di un ospedale nella casa ove ella visse e morì.

Il Manicomio di S. Maria della pietà passa alla Provincia.

Da moltissimi anni si discuteva nel Consiglio provinciale di Roma la questione della sistemazione dei rapporti fra Provincia e Manicomio di S. Ma-

ria della Pietà. Essa dal 1893 in poi aveva subito diverse fasi, fino a giungere alla gestione diretta da parte della Provincia, che dura da oltre un dodicennio.

Ora, finalmente, mercè l'autorevole interessamento di S. E. Tittoni, presidente del Consiglio provinciale, e del duca Lante, presidente della Deputazione, si è potuto ottenere un radicale provvedimento, cioè il definitivo passaggio alla Provincia dell'antichissimo Istituto ospitaliero tanto benemerito della beneficenza di Roma.

All'Istituto Sieroterapico Milanese.

È stato festeggiato in questi giorni il 25° anniversario della fondazione dell'Istituto.

Alla presenza di molti invitati, autorità, illustrazioni della scienza, medici veterinari, giornalisti e con la partecipazione di tutto il numeroso personale tecnico amministrativo ed operaio, il direttore prof. Belfanti rievocò le origini, le fasi attraversate e lo splendido risultato dopo 25 anni di pertinace lavoro e di forte, immutata fede.

Accennò agli uomini che contribuirono al suo sviluppo: ai presidenti Gaetano Negri, senatore Mangiagalli, prof. Menozzi e attualmente sen. Golgi; al prof. Nicolai, anima del Comitato fondatore; al dott. Luigi Villa, al prof. Tito Carbone morti per infezione contratta in laboratorio, e molti e molti altri che vengono tutti degnamente ricordati in una pubblicazione di circostanza.

Il presidente sen. Golgi offrì al prof. Belfanti, a nome dell'Istituto, una bellissima targa in bronzo e annunciò provvedimenti economici a favore di tutto il personale. Questo volle a sua volta dimostrare la propria gratitudine verso il proprio direttore, offrendogli un grande ritratto ad olio.

Il prefetto comm. Pesce portò il saluto e l'augurio del Governo.

Il Consiglio di amministrazione offrì una colazione a tutti gli invitati ed al personale dell'Istituto: oltre trecento persone.

Invalidi ammessi a cure balnearie.

In base ad accordi intervenuti fra l'Opera Pro Invalidi di guerra e il Ministero della guerra, gli invalidi congedati dal servizio militare per ferite riportate in guerra sono stati ammessi gratuitamente negli stabilimenti balneo-termali militari di Acqui, Casciano, Salsomaggiore, Chianciano, Recoaro, Ischia fino a tutto il mese di settembre, per le cure balneari necessarie ai postumi delle loro ferite. Gli stabilimenti di Acqui e Ischia riprenderanno poi il loro funzionamento il 1° dicembre prossimo veniente.

Gli individui divenuti invalidi di guerra per lesioni o malattie potranno, per le cure dei postumi di esse, venire ugualmente ricoverati negli stabilimenti predetti a spesa dell'Opera Nazionale Pro Invalidi. Gli invalidi che avessero bisogno delle suaccennate cure balneo-terminali dovranno presentare alla segreteria del Comitato Provinciale Pro Invalidi della guerra, presso la Deputazione provinciale, domanda in carta semplice, corredata da un documento da cui risultino le qualità di invalido della guerra e la causa della loro riforma (foglio di congedo o foglio di licenza illimitata, copia del foglio matricolare o il decreto di pensione). Prima di essere inviati negli stabilimenti di cura tutti gli aspiranti verranno sottoposti alla prescritta visita medica, nel viciniore stabilimento sanitario militare.

Nel centenario dell'ascoltazione.

Con un grande concorso di medici e di personalità eminenti, si sono svolte a Quimper, il 12 ottobre, le cerimonie organizzate per commemorare il centenario della pubblicazione di Laënnec sull'ascoltazione mediata.

Fu deposta una palma di bronzo ai piedi del monumento elevato al grande clinico dell'Associazione generale dei medici di Francia, fu scoperta una lapide commemorativa nella sua casa natale e vennero pronunziati numerosi discorsi.

L'indomani, moltissimi invitati si recarono in pellegrinaggio al paesello di Ploaré, per visitare la tomba di Laënnec, assistere alla posa di una placca commemorativa sul maniero di Kernonarnec, ove egli trascorse gli ultimi suoi giorni, e visitare le località ove egli preferiva trattenersi.

Per le Società scientifiche negli Stati Uniti.

L'avv. John William Sterling ha offerto all'Università Yale di New York la somma di 20 milioni di dollari, dei quali 18 destinati a costruire un grandioso edificio, nel quale verranno ospitate tutte le associazioni scientifiche della città; ne faranno parte alcune grandi sale per conferenze; vi sarà annessa una ricchissima biblioteca moderna che oltre a libri e periodici, conterrà anche del materiale dimostrativo (quadri, plastici, diapositive, ecc.).

Nuove cattedre alla Facoltà Medica di Marsiglia.

A partire dal 1° novembre 1919 sono state istituite a Marsiglia le seguenti nuove cattedre ufficiali: neurologia, stomatologia, oto-rino-laringologia, clinica urologica; inoltre la cattedra d'igiene e medicina legale è stata scissa in due.

Limite di età nelle Università spagnuole.

Il Governo spagnuolo ha, con recente decreto, fissato a 71 anni il limite di età per la cessazione dall'insegnamento nelle università spagnuole.

Non è consentita nessuna eccezione a questa norma.

Gli studi medici a New York.

New York si prepara ad assurgere a capitale degli studi medici sostituendo Berlino e Vienna. Questo è il progetto della *N. Y. Assoc. for the advancement of Medical Educations and Medical Science*, che importa una spesa di 250 milioni, da raccogliersi con pubblica sottoscrizione, già iniziata.

Per la propaganda igienica a Parigi.

Al Consiglio Municipale di Parigi è stato presentato, da George Lemarchand, un progetto per la fondazione di un Istituto dipartimentale del lavoro, dell'igiene e della previdenza sociale; esso comprenderebbe una biblioteca centrale, con sala di conferenze e di proiezioni, ed avrebbe prevalentemente lo scopo di educare il popolo e di occuparne le ore d'ozio, lasciate libere dalla giornata di otto ore.

Contro l'alcoolismo nel Belgio.

Nel Belgio è stata approvata una legge che vieta l'uso delle bevande alcooliche.

Nel giornalismo medico Belga.

Dopo la lunga sospensione determinata dalla guerra, vede nuovamente la luce il decano dei periodici del Belgio: *Le Scalpel:* esso ha iniziato un movimento diretto a fondere tra loro tutte le riviste di minore importanza che si pubblicavano in questo paese prima della guerra, accentrandole nello *Scalpel*.

Per la scoperta dell'agente del tifo esantematico.

Il periodico messicano *El Universal* ha offerto la somma di 25.000 pesos al medico messicano che scoprirà l'agente causale del tifo esantematico.

Per il trattamento dell'afta.

La Federazione delle Latterie Cooperative Cremonesi ha istituito un premio di centomila lire, da assegnare a chi troverà un metodo idoneo ad eliminare con sicurezza i danni cagionati dall'afta epizootica.

Aumento di assegno agli interni di medicina negli ospedali di Parigi.

In seguito ad iniziativa dell'on. Henri Rouselle (in nome di una Commissione parlamentare), il Consiglio municipale di Parigi ha aumentato le retribuzioni agli interni di medicina e di farmacia, negli Ospedali della città, portandole a franchi 2300-2900 per gli interni di 1º, 2º e 3º anno ed a 3400 e 3500 per quelli di 4º anno (laureati), oltre ad un'indennità di caro-viveri fissata per ora in fr. 7.30.

L'aumento ha valore retroattivo, a partire dal 1º luglio 1919.

Sproporzione dei sessi in Inghilterra.

Dai dati raccolti dalla Commissione Nazionale della Natalità, risulta che in Inghilterra si ha una deficienza notevole di donne: 400.000 donne circa in meno degli uomini soltanto nella Gran Bretagna e nel Galles.

Si prevede che quando le attuali misure restrittive sull'emigrazione verranno sospese, si avrà un forte esodo di donne sovratutto dalla Scozia: ciò accrescerà ancora di più l'attuale squilibrio.

Questo si ripercuote sfavorevolmente sulla natalità, come si è già rilevato in Austrialia, nel Canadà e nella Nuova Zelanda, ove il magnifico progresso sociale che si era andato affermando venne a sospendersi per la deficienza di popolazione femminile, della quale si fece una larga incetta nell'Inghilterra, contribuendo così a produrre la crisi odierna.

Per le famiglie numerose in Francia.

I coniugi Cognacq hanno legato 57 milioni di franchi all'Accademia di Francia, per costituire una rendita annua di 2.250.000 franchi, destinati a premiare le famiglie numerose e di scarse risorse purchè diano affidamento di saper impiegare bene il denaro loro assegnato.

Le famiglie dovranno contare almeno 9 figli vivi, o morti per la Patria.

È posta la condizione che tutt'e due i genitori siano cittadini francesi e nati in Francia.

Dalle denunzie fin'ora pervenute all'Accademia, risulta che esistono famiglie che contano 27 figli!

Per le famiglie numerose in Germania.

Per incoraggiare la costituzione delle famiglie e l'aumento della prole, la Repubblica tedesca ha stabilito degli aumenti di stipendio agli impiegati in rapporto con lo stato di famiglia: i celibi ricevono 200 marchi mensili, i coniugati 600, i coniugati con prole 1000, oltre ad un supplemento in rapporto col numero e con l'età dei figli. Questa misura si dimostra più pratica e di più facile attuazione che non l'imposta sul celibato, più volte proposta.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

(32)

Anno XXVI **Roma, 2 novembre 1919** Fasc. 44

(*Pubblicato il 19 novembre 1919*)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI S. MARIA NUOVA – FIRENZE.

5° turno medico diretto dal prof. FRUGONI.

Su di una particolare sindrome di pseudoocclusione intestinale da litiasi ureterale

per il prof. CESARE FRUGONI.

In corso di urolitiasi mi è stato dato di rilevare una serie di fenomeni intestinali sui quali credo opportuno richiamar l'attenzione dei pratici e perchè lumeggiano una sindrome clinica sino ad oggi non debitamente descritta e considerata, e pur tuttavia di notevole pratica importanza, e perchè la loro esatta conoscenza e valutazione può apportare luce risolutiva in quadri clinici oscuri e rendere trasparenti diagnosi altrimenti opache. Intendo qui per ora riferirmi non tanto agli equivalenti gastro intestinali in genere della colica renale, più o meno noti, quanto restringermi ad una particolare forma accessionale che mi sembra meriti denominazione di « crisi pseudoocclusiva intestinale di litiasi ureterale ».

Che in corso di colica viscerale il dolore possa non solo irradiarsi più o meno a distanza dal viscere compromesso, ma altresì altrove impiantarsi e permanervi isolato e violento anche per tutta la durata della crisi e cioè completamente all'infuori dell'organo direttamente in causa ch'è l'epicentro dell'uragano doloroso, è nozione da tempo nota e senza contestazioni accettata. Basterebbe richiamare quanto è risaputo ed ammesso in tema di angina pseudogastralgica, come risulta da mie precedenti pubblicazioni (1) sia per la forma pura, che nei rapporti intercedenti fra la forma coronaro-cardiaca e quelle da aortite addominale e da arteriosclerosi gastro-intestinale; nonchè rammentare quanto è sicuramente acquisito — e in gran parte per opera del mio compianto Maestro (2) — in tema di pseudogastralgia di origine epatica.

Sarò brevissimo e incomincerò con l'esposizione dei primi casi da me osservati.

(1) FRUGONI. *L'arteriosclerosi gastro-intestinale.* « Riv. Crit. Clin. Med. », 913, nn. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.
FRUGONI. *L'aortite addominale.* « Riv. Crit. Clin. Med. », 912, nn. 18, 19, 20.
FRUGONI. *Arteriosclerosi viscerale.* Relazione al 21° Congresso di Medicina interna, Torino, 1911.

(2) GROCCO. *Sopra alcune sindromi meno comuni e sulla cura della colelitiasi.* « Riv. Crit. Clin. Med. », 1900, n. 7 e 19, e 1901, n. 1.
GROCCO. *Lezioni cliniche*, Vallardi, 905.

CASO I. — Il barone K. di anni 62, non luetico, forte mangiatore e fumatore, è soggetto squisitamente gottoso; ha costituzione pletorica con note sopra tutto di pletora addominale, fegato cronicamente congesto, ipertensione arteriosa (195 m. m. hg), arteriosclerosi diffusa e ateroma dell'arco aortico con attacchi di angor pectoris a classica forma. Un giorno improvvisamente in pieno benessere insorge violento e penosissimo tenesmo rettale: il malato ha stimolo continuo, ma inane alla defecazione onde si esaurisce in vani sforzi, emettendo un po' di orina, ma non feci nè gas. Accusa dolore urente al retto, tenesmo spasmodico; presenta stato di agitazione estrema, aspetto sofferente, polso frequente, contratto, respiro ansioso, ma sempre ventre trattabile. Nè col trascorrere delle ore e con l'applicazione dei comuni provvedimenti (semicupi, bagno caldo, perette e suppositori morfinici ecc.) il quadro tende a modificarsi, sì che dopo 30 ore il paziente — che si mantiene apirettico — ha costante e tormentosa la proctalgia, imperioso il tenesmo, con alvo completamente chiuso alle feci e ai gas; intanto insorge nausea con vomito o singhiozzo, il ventre si fa più tumido ma tuttavia trattabile, sempre senza speciali reperti nè contratture di difesa: il paziente emette un po' di orina di aspetto normale. La diagnosi si mantiene pertanto estremamente oscura: il quadro per tipo e violenza richiama le crisi rettali della tabe, ma nessun sintomo vi è della serie che ne giustifichi il sospetto, e vengono escluse per ovvie ragioni e per gli esami del caso l'incarceramento erniario, la dissenteria, l'appendicite, la colica saturnina, l'angor abdominis, ecc. Data invece la chiusura completa del circolo intestinale alle feci e ai gas, lo stato smanioso del soggetto, la gravità del quadro, la tumefazione — non fortissima del resto — del ventre, ecc., viene avanzata ipotesi di occlusione intestinale. Ma in assenza di vomito e di peristaltismo segmentario e per l'aspetto generale del paziente che è di estrema sofferenza, ma senza l'impronta della gravezza scolpita in viso, come in quei casi si dà, ecc., non si crede di dover accettare la diagnosi e si rifiuta l'idea di un possibile intervento. Intanto l'analisi delle orine rivela ematuria microscopica e l'esame del malato permette il rilievo di una certa dolentia al pigiamento profondo della regione lombare sinistra, mentre per la distensione delle anse intestinali non è possibile un sistematico esame dei punti ureterici. Dopo circa quaranta ore pertanto, sotto azione di morfina, i dolori rapidamente si attenuano e cessa il tenesmo rettale con emissione prima di gran quantità di gas e quindi di feci; la sera stessa si ha con le orine eliminazione di un piccolo calcoletto di acido urico e di gran quantità di arenula: il giorno appresso non residua che senso di sordo indolenzimento all'ipogastrio e sopra l'arcata del Pouparzio di sinistra e si ha poliuria senza più ematuria, ma solo con reperto di un certo numero di leucociti: non febbre; l'indagine radiografica successivamente portata sulla vescica, ureteri, reni non dà a riconoscere calcoli trattenuti.

CASO II. — Il sig. B. di anni 42, negoziante di vino, offre da tempo atonia gastro-intestinale ed epatalgie da probabile sabbia biliare, ed è soggetto deperito e nevrosizzato per il complesso dei quali disturbi era stato da me precedentemente esaminato, quando un giorno (agosto 1914) in pieno benessere vien colto da dolori addominali diffusi con senso tormentoso come di « erezione intestinale ». Smanioso ed inquieto, dall'aspetto sofferente, con cute madida e polso frequente, si lagna come di sensazione di crampo e di strappamento a tutto l'addome pur non sapendone ben definire caratteri e sede. Non ha febbre ma qualche brivido di freddo, non turbe spiccate della minzione, ma deve però premere alquanto per ottenere il getto che è normale. Ha modico stimolo a la defecazione, ma una sol volta emette gas, dopo di che l'alvo rimane chiuso alle feci e ai gas. Intanto, nella seconda giornata, si stabiliscono stato generale più depresso, polso e respiro più frequenti (106 e 32), sete intensa, mentre la minzione si fa più scarsa, il ventre più voluminoso, globoso, teso, con parete contratta e si stabilisce molestissimo tenesmo rettale. Alla sera del secondo giorno ha qualche urto di vomito, e le orine hanno reperto microscopico di numerosi globuli bianchi e di qualche ematia ben conservata. La regione lombare e la fossa iliaca di sinistra risultano alla pressione dolenti e dolente pure il testicolo sinistro che non è attratto verso l'anello e che risulta all'esame obiettivo normale. L'esplorazione rettale incontra spasmo dello sfintere e spinta molto in alto provoca al pigiamento contro il fondo della vescica vivo dolore. Il quadro per il rilevante risentimento generale incominciava a suscitare apprensioni, quando — dopo circa 55 ore — l'alvo si riapre e il dolore va rapidamente cessando fino a scomparire del tutto con contemporaneo sollevarsi delle condizioni dell'ammalato. Il giorno appresso si ha leggero rialzo febbrile: la pressione all'ipogastrico e specie a sinistra riesce molesta e provoca stimolo alla minzione, mentre indolenti resultano il rene e i punti ureterali superiori. Le orine offrono per vari giorni leggero inalbamento albuminoso e nel sedimento discreto numero di leucociti: 5 giorni dopo la fine della colica viene emesso un piccolo calcoletto che provoca dolori e leggera ematuria uretrale.

CASO III. — S. B. di anni 54, non luetico, buon mangiatore e forte fumatore, è soggetto pingue: ha frequenti dolori articolari diffusi, ha avuto due accessi di gotta articolare uno all'alluce e uno alla spalla destra; ha sofferto sei anni fa di classica colica renale con eliminazione di calcolo. Tre anni or sono inoltre ha presentato accesso doloroso addominale iniziatosi con rapido ma forte dolore alla regione lombare sinistra in breve scomparso e sostituito — narra — da dolore vivissimo soprapubico, stimolo dolorosissimo alla defecazione: non ricorda se l'alvo fu allora o meno aperto alle feci e ai gas, ma rammenta che vi fu febbre, che fu riscontrato sangue nelle orine e che i medici parlarono di cistite. Guarì in capo ad alcuni giorni, ma da allora sembra che di tratto in tratto si ripresentasse in stazione eretta e sopra l'arcata del Pouparzio una certa pesantezza dolorosa. Nell'aprile 15 dopo lunga gita in automobile incomincia ad accusare dolentia alla regione lombare sinistra, malessere profondo all'addome, nausea e conati di vomito: contemporaneamente insorgeva stimolo sempre più imperioso, ma inane alla defecazione con carattere di penoso bruciore e dolore all'ipogastrico e quadrante inferiore sinistro con proiezione al testicolo sinistro ed al glande, non alla coscia. Trovo il paziente con aspetto di sofferenza estrema, polso filiforme, respiro frequente ed ansioso: ha da dodici ore alvo chiuso alle feci e ai gas; presenta addome teso, meteorico, diffusamente sensibile a la palpazione senza apprezzabile peri-

staltismo delle anse; ha qualche brivido, qualche conato di vomito, febbre a 37,6. Emette frequentemente, ogni 1-2 ore ma senza sofferenze, orine, nelle quali l'esame riscontra leggera albuminuria spuria con globuli rossi ben conservati. Semicupi, suppositori ed una iniezione di morfina non dan tregua di sorta: l'acqua dei clisteri tentati non penetra ma viene respinta con forza; l'esplorazione rettale provoca si viva reazione dolorosa da non potersene trarre alcuna norma sicura. Intanto le condizioni generali si aggravano, insorgono intermittenti erezioni penose e dolori ora rettali con tenesmo, ora localizzati al colon trasverso con senso di crampo spasmodico mentre l'alvo perdura chiuso alle feci e ai gas. La regione lombare di sinistra si è fatta nel frattempo dolente e il rene si apprezza teso, dolente, aumentato di volume per idronefrosi acuta. Si insiste con bagni caldi, applicazioni locali, bevande abbondanti, iniezioni di morfina e finalmente si ha apertura dell'alvo, diminuzione dei dolori, crisi poliurica successiva. Subentrano fatti di cistite del collo che durano due settimane almeno; una radiografia dimostra un piccolo calcolo grosso — apparentemente — come un nocciuolo di ciliegia e che è tutt'ora trattenuto.

Tali in brevissima sintesi le storie dei tre più classici casi da me osservati e che indipendentemente dagli equivalenti intestinali della colica renale — dei quali, come i più noti, non intendo qui di occuparmi — bastano a sufficientemente delineare il quadro di *pseudoocclusione intestinale da litiasi ureterale*, la descrizione del quale è scopo pratico essenziale di questa nota clinica e che può così riassumersi:

Un individuo, più o meno a precedenti renali e a varia distanza da dolori lombari della più diversa entità — dai più lievi quasi inavvertiti, al tipo anche classico della colica renale — vien colto da dolori addominali, ora diffusi e con carattere speciale come di erezione intestinale, ora limitati alla regione del colon, specie trasverso e discendente e con caratteri di crampo, ora invece — ed è il più tipico caso — al retto con penosissimo tenesmo e senso di bruciore urente da quasi richiamare le crisi rettali della tabe. Le condizioni generali mostrano rapido risentimento con polso e respiro frequenti, aspetto di sofferenza profonda e talvolta leggero movimento febbrile. Il ventre si fa prontamente meteorico teso, e talora anche in notevole grado, ma alla palpazione sensibile più che dolente: si può avere nausea, qualche conato o vomito: *l'alvo si fa fin dall'inizio chiuso alle feci e ai gas;* la palpazione della regione lombare può o non provocare dolore. Si può altresì percepire idronefrosi acuta (caso III) ed allora la diagnosi diventa banale: la ricerca dei punti ureterici invece è difficilissima e senza pratici risultati per distensione intestinale meteorica acuta: si può avere proiezione del dolore al testicolo, ma è raro; la funzione orinaria è per solito poco modificata, ma l'analisi delle orine mostra quasi sempre ematuria microscopica e talora un certo numero di leucociti, dipendentemente dalla qual reazione locale, può aversi o meno reazione febbrile. Lo stato di male può così durare con *completa chiusura dell'alvo alle feci e ai gas* anche per oltre due giorni, dopo di che (concorrendovi il trattamento, morfina ecc.) e in un tempo relativamente rapido la sindrome si attenua e scompare potendo o meno seguire emissione di calcoli a seconda della loro ritenzione o meno in vescica.

Tale il quadro generale al quale si conviene sostanza e denominazione di « crisi pseudoocclusiva intestinale da litiasi ureterale », la conoscenza del quale due volte mi valse ad impedire un intervento operatorio che il perdurare della chiusura dell'alvo, il peggioramento delle condizioni generali, l'insorgere del vomito avevan fatto prospettare; quadro del quale non sono riuscito a trovare se non qua e là accenni quanto mai incompleti. Chè lo Jeanbreau (Des calcules de l'uretère. Impr. Kerissey. Paris 909) parla solo « des symptomes rectaux caractérisés par une douleur plus ou moins aigüe, permanente dans le rectum, exaspéré au moment de la défécation », e il Senator (raccolta di Nothnagel) ricorda al principio dell'attacco perdita involontaria delle feci e fra le diagnosi differenziali ricorda anche le « coliche intestinali », e il Pal (« Wien. Med. Woch. », 911, n. 37) occupandosi dei sintomi riflessi della colica renale studia il comportamento del meteorismo intestinale, mentre solo il Ferrio (Diagnosi clinica delle malattie interne, 1908) con maggior precisione ricorda che nella colica nefritica può aversi meteorismo addominale e arresto temporaneo delle feci e dei gas, e fra le diagnosi differenziali ricorda anche l'occlusione intestinale.

È per vero con l'occlusione intestinale, bassa principalmente, il diagnostico differenziale dovrà essere posto, senza tacere pertanto — e i criteri diagnostici non hanno bisogno di illustrazione — che anche le crisi tabetiche rettali possono dalla sindrome venire assai dappresso simulate. Contro l'occlusione intestinale in genere varrà peraltro il criterio che l'aspetto del malato e le condizioni generali, pur essendo di sofferenza grave, sono in genere meno profondamente compromesse che non nell'occlusione, con vomito più raro e se presente meno insistente, che qui domina il tenesmo rettale con dolore urente, che il meteorismo è rapido e diffuso senza apprezzabili peristaltismi parziali o segmentali, senza contare i fenomeni della serie orinaria che, se presenti e positivi, hanno il maggior significato, quali il riscontro di idronefrosi acuta (rara), una certa sensibilità della regione lombare profonda, la proiezione del dolore al testicolo e alla verga (più frequente), o il reperto

di ematuria microscopica (quasi costante) o quello di una viva addolorabilità della regione del fondo vescicale alla palpazione rettale molto in alto esercitata, sintomo questo che richiama al problema del meccanismo patogenetico, della forma del quale può dirsi senz'altro, senza soffermarsi cioè ad esporre i dati diagnostici differenziali, impliciti nella descrizione fatta, con lo strozzamento erniario, la sigmoidite, proctite, dissenteria, crisi saturnina, crisi vascolare di Pal, angor abdominis, ecc., ecc.

Stabilito trattarsi di manifestazioni dolorose in campo di litiasi orinaria, non è evidentemente a colica renale o vescicale pura che può pensarsi, di fronte ad una sindrome quale fu descritta. Per una serie di ragioni anatomiche, fisiopatologiche e cliniche, e per quanto è noto nei riguardi della sintomatologia della calcolosi ureterale, è a ritenersi senz'altro come troppo probabile che la sindrome sia nel caso speciale espressione di arresto di calcolo in sede ureterale inferiore e più precisamente o nel tratto intravescicale dell'uretere o subito prima del suo approfondirsi nella parete vescicale. D'onde la deficienza di fatti renali veri e propri se non nel senso o di una dolentia residuale se impegno doloroso anche in alto in primo tempo vi fu o di idronefrosi acuta quando vi concorra ostruzione meccanica o spastica dell'uretere: d'onde non infrequente proiezione in questi casi al testicolo, mentre quale fatto di localizzazione obbiettiva si ha viva dolentia della regione vescicale e prevescicale raggiungibile con una esplorazione rettale alta, sapendosi del resto dalla letteratura che per calcoli nella sede detta fu talora possibile con l'esplorazione rettale — e meglio ancora con la vaginale — palpare nettamente il calcolo stesso (13 casi del genere sono complessivamente raccolti da Jeanbreau: l. c.).

Ma tutto ciò a parte, il singolar tipo della crisi dolorosa con fatti predominanti di spasmo rettale e tenesmo ci obbliga a pensare a questa sede, chè non certo le contrazioni spastiche o la dilatazione dell'uretere, nè le connessioni e rapporti coi plessi renale, spermatico o ipogastrico, o con alcune anse del plesso lombare e più precisamente coi nervi piccolo addomino-genitale o genito-crurale (Signorelli « Riv. Crit. di Clin. Med. » 1904) possono della sindrome descritta dare sufficiente ragione, mentre più semplici e chiari appaiono origine e meccanismo se si richiama che nell'ultimo tratto di suo decorso l'uretere dell'*uomo* dopo essersi incrociato col deferente si impegna fra la vescica e la parte superiore della vescichetta seminale, tosto penetrando obliquamente in vescica, nel quale tragitto non è separato dal retto che dalle pliche del Douglas, d'onde la facile comprensione dei fenomeni descritti a tipo di spasmodico tenesmo rettale, evidentemente dovuti a fatti irritativi e riflessi in via diretta estrinsecati.

Tale sindrome io non ho per ora riscontrata che in maschi ed a sinistra, e nella sua forma completa e rettale almeno è probabile che entro questi confini si debba limitare. Se anche in donne pertanto possa pure verificarsi non m'è per ora consentito di dire, nè dire se per forme destre analoga sindrome si possa dare. Per quanto ho fino ad ora osservato si darebbero allora non già il quadro completo più sopra delineato, ma quei diversi altri equivalenti gastro-intestinali della colica renale che sono nelle linee generali ben conosciuti, sì che non meritano qui trattazione particolare.

A me basta avere con qualche dettaglio descritta nei suoi caratteri fondamentali e particolari la speciale « sindrome pseudoocclusiva intestinale da litiasi ureterale », la precisa conoscenza della quale sarà non eccezionalmente di aiuto al pratico a ben diagnosticare.

NOTE DI TECNICA.

La colorazione della spirocheta pallida col metodo di Fontana

per il dott. LEONARDO NARDELLI, Trento.

Oggi ormai è senza dubbio una necessità assoluta che ogni medico pratico ed anche il medico condotto possano fare la diagnosi batteriologica della sifilide non appena l'ammalato chiede consiglio per una ulcera sospetta; ed ogni ulcera è e deve essere sospetta poichè pur troppo tutti i dati diagnostici per la differenziazione dell'ulcera sifilitica dalla semplice ulcera venerea sono — a parte la competenza del medico — piuttosto malsicuri e fallaci. Chi ha avuto occasione di vedere gran numero di ulceri in uomo e in donna, di seguirne il decorso e di esperimentare sulle stesse i vari medicamenti che si consigliano e che corrono nelle mani di tutti, sa benissimo che il polimorfirmo delle ulceri dei genitali è così grande che ben raramente il medico pratico, e fors'anche lo specialista, possono azzardare una diagnosi definitiva dal semplice aspetto dell'ulcerazione. Non voglio perciò perdermi in disquisizioni scolastiche sulla diagnosi differenziale, che c'è in ogni manuale, ma che, come già dissi, è malsicura, per descrivere qui piuttosto il metodo semplice e pratico per raccogliere il materiale per l'esame batteriologico e l'esame stesso colla colorazione al nitrato d'argento introdotta dal Fontana, modificata dal Tribondeau e poi dal Fontana stesso perfezionata e

portata al punto d'essere la più sicura colorazione conosciuta. Non voglio con ciò disprezzare il metodo coll'inchiostro di china del Burri, ch'è il più semplice e per lo specialista il più pratico, perchè svelto e bellissimo ed è quello che dà l'idea più esatta della forma e dell'aspetto della spirocheta, ma oltrechè il raccogliere il materiale, il mescolarlo coll'inchiostro di china e specialmente il distendere il miscuglio richiede una certa pratica per ottenere un buon preparato nè troppo spesso nè troppo chiaro, anche la ricerca poi della spirocheta col microscopio non è delle più facili.

Con la colorazione di Fontana invece ogni medico pratico che possegga un vetrino può raccogliere il materiale da visitare e inviarlo così a chi con la detta colorazione può dargli una diagnosi certa. Il più delle volte il paziente si presenta al medico con l'ulcera già curata da sè con le più svariate disinfezioni e polverizzazioni, modificandone con ciò enormemente l'aspetto; in tali casi occorre lavare ben bene l'ulcera con acqua distillata ed asciugarla poi, strofinandola con un batuffolo di garza sterilizzata; se con questa prima abluzione non s'è ottenuta una sufficiente pulizia, ma l'ulcera si presenta ancor coperta o colorata dai medicamenti usati, sarà bene ripetere l'operazione per due o tre giorni di seguito, ammonendo il paziente a non usare alcun medicamento tranne un po' di garza sterilizzata semplice; in tal modo si ottiene presto un'ulcera chimicamente pulita.

Per raccogliere ora il materiale da esaminare basta strofinare l'ulcera con un po' di energia con un batuffolo di garza e tosto o dopo pochi secondi si presenterà sul suo fondo un leggero gemizio sieroso; appunto questo siero, evitando che vi si mescoli del sangue, noi dobbiamo raccogliere o con un filo di platino o col dorso di un comune bisturino o con una sonda preventivamente sterilizzata alla fiamma di spirito; il siero così raccolto lo si spiana sul vetrino e lo si lascia asciugare all'aria; questo preparato così come sta lo si può inviare in un laboratorio batteriologico ove col metodo di Fontana lo si può senz'altro colorire ed esaminare.

Ed ecco il metodo di colorazione della spirocheta pallida, e di ogni altro genere di spirilli, del Fontana, quale io ho esperimentato in numerosi casi e trovato sempre ottimo. Si versa sul preparato così raccolto ed asciugato all'aria alcune goccie della soluzione *Fontana A*:

Acido acetico	gr.	1
Formalina	»	20
Acqua distillata	»	100

rinnovandola 3-4 volte nello spazio di un minuto; dopo aver ben lavato il preparato con acqua corrente vi si versa sopra la soluzione *Fontana B*:

Acido tannico	gr.	5
Acido carbolico liq.	»	1
Acqua distillata	»	100

e lo si riscalda sopra la fiamma a spirito finchè si sviluppano leggeri vapori (circa 15-20 secondi); si risciacqua poi abbondantemente il preparato (per circa mezzo minuto) ed in fine vi si versa sopra la soluzione *Fontana C*:

Nitrato d'argento	gr.	0,25
Acqua distillata	»	100 —

ammoniaca a goccie finchè il liquido è leggermente opalescente (1-3 goccia circa). [NB. Per vedere l'opalescenza dopo aggiunta la prima goccia e mescolata la soluzione vi si immerge un bastoncino di vetro ed estrattolo si osserva la goccia controluce, se non è ancora opalescente vi si aggiunge un'altra goccia di ammoniaca e si ripete l'esperimento. Questa preparazione dev'esser fatta con ogni accuratezza].

Si riscalda il preparato anche con questa soluzione per circa 30″ fino cioè che si sviluppano vapori un po' più della prima volta.

Lavatolo lo si asciuga con carta da filtro.

Nel preparato osservato con l'immersione si vedono le spirochete di color bruno oscuro o nero su fondo leggermente giallastro; le spirochete appaiono più grosse che col sistema di Burri, ma se ne distinguono tuttavia perfettamente le spire molteplici e strette, così da differenziarle rapidamente dalle spirochete refringens, dalle spire più larghe, e in minor numero, e dagli altri spirilli. Anche chi ha poca dimestichezza col microscopio riesce facilmente a trovare la spirocheta con questo metodo di colorazione. Se si desidera conservare il preparato bisogna ricorrere al vetrino coprioggetti e al balsamo del Canadà, perchè l'olio di cedro che s'adopera per l'immersione ha un potere decolorante che farebbe ben presto scomparire le spirochete.

Ho creduto opportuno di descrivere accuratamente questo metodo (che probabilmente a moltissimi specialisti italiani sarà già noto) perchè è uno di quelli che dovrebbero appartenere al corredo d'ogni medico pratico specialmente ora che le infezioni sifilitiche sembrano andar di giorno in giorno più diffondendosi ed anche il medico condotto spessissimo si trova a dover fare il sifilidologo.

LETTERATURA.

FONTANA. « Dermat. W. », 1912, N. 32.
TRIBONDEAU. « Bull. de la Soc. franc. de Derm. et de Syph. », 1912, p. 274.
FONTANA. « Dermat. W. », 1913, N. 11.
HAGE. « Münch. Med. W., Feld. B. », N. 20, 1916.
Citati da HAGE: BIRT. « Journ. of. the R. A. M. C. », 22, 1914, p. 261, e COTTLE. « U. S. N. Med. Bull. S. » 1915, N. 3, p. 414.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il segno di Kernig nel tifo.

(AUDIBERT e NALIN. *Gaz. d. Hôpit.* 1919, n. 13).

Il segno di Kernig fu per la prima volta notato nel tifo da Cipollina e Maragliano. Nella maggioranza dei casi questo segno è presente all'inizio dello stato tifoso; qualche volta è molto fugace e non dura che qualche giorno anche nelle forme particolarmente gravi della infezione. La sua intensità subisce variazioni che sono in rapporto con quelle della curva termica; scompare ordinariamente con la defervescenza, ma ricompare con le eventuali recidive. Talvolta è molto marcato e dura per tutta la malattia anche a guarigione avvenuta. La intensità e la durata del segno di Kernig nel tifo pare siano in rapporto con la virulenza del germe e con la debole resistenza dell'organismo. Comunque pare che questo segno di una frequenza considerevole non comporti per sè stesso una prognosi grave. Infatti lo si osserva nel tifo lievissimo come si nota, per quanto raramente, la sua assenza in forme particolarmente gravi, nelle adinamiche sopra tutto.

Il segno di Hernig non manca mai nelle localizzazioni meningee, sia che esse sopravvengono nel corso di una infezione preesistente, sia che segnino l'inizio di una localizzazione primitiva del bacillo di Ebert sul sistema nervoso. Ma il segno di Kernig non vuol dire fatalmente meningite perchè esso può esistere come sintomo isolato in casi di tifo leggerissimo senza nessuna alterazione del liquido cefalo-rachidiano.

Tuttavia a lato delle meningiti vere conviene fare un, posto a una sindrome caratterizzata da inizio brusco della febbre, cefalea intensa, vomiti, fotofobia, rigidità nucale, eritema. Tra questi sintomi allarmanti il segno di Kernig attira subito l'attenzione.

Il liquido cefalo-rachidiano negli stati tifosi può assumere quattro aspetti: 1.) purulento e contenenete elementi leucocitarii, linfociti, bacilli di Eberth; 2.) torbido; dopo centrifugazione si trovano gli stessi elementi come nel caso precedente, ma in minore quantità. 3.) chiaro; si trova qualche elemento cellulare, talora dei bacilli, spesso il liquido è anche iperteso. 4.) chiaro ed avente i caratteri dei liquido normale dal punto di vista fisico, chimico, citilogico e batteriologico.

In ogni caso il liquido è sempre iperteso.

Nel corso delle vere meningiti ebertiane primitive o secondarie il liquido ha caratteri quasi sempre identici: è ordinariamente iperteso, purulento, o opalescente, raramente chiaro. Ma accanto alle sindromi meningee complete si hanno sindromi incomplete cioè a dire clinicamente meningee ma con liquido cefalo-rachidiano normale. Si hanno quindi due processi anatomo-patologici differenti: in uno i segni di meningite esistono dal triplice punto di vista clinico, batteriologico e citilogico; nell'altro si tratta di una meningite senza reazione leucocitaria, di uno stato meningeo accompagnato da segno di Kernig, o ancora dal solo segno di Kernig senza modificazione del liquido cefalo-rachidiano.

Il fatto che il segno di Kernig può trovarsi, e con molta frequenza, nella infezione tifosa senza che siano presenti fenomeni clinici o alterazioni citologiche caratteristiche degli stati meningei farebbe supporre che esso pur essendo costante nelle meningiti non sarebbe sempre l'espressione di meningismo. In effetti il segno di Kernig si riscontra in tutte le meningiti tubercolari, meningococciche, gonococciche, o altre, ma, fatto notevole, sempre che si tratti di forme acute o subacute. D'altra parte questo segno si trova nel corso di affezioni le più diverse e spesso del tutto isolato senza alcun segno di irritazione meningea; è stato perfino notato nell'emorragia cerebrale, stato che è accompagnato da lievissimi risentimenti meningei.

Conviene quindi sforzarsi di trovare una patogenesi che possa dar ragione di questo segno non solo nelle meningiti ma anche nelle infezioni nel corso delle quali le meningi sono intatte.

Il segno di Kernig è l'espressione di una contrattura la cui origine sta nei muscoli flessori della gamba; è una reazione di spasmodicità e che in fondo non è che una esagerazione di un fenomeno fisiologico. Allo stato normale infatti quando si fa sedere un malato a gambe distese egli fa uno sforzo di volontà per non flettere le gambe sulle coscie.

Questa semiflessione affatto naturale evita la posizione non dolorosa, ma incomoda, dell'estensione perchè quando i muscoli flessori della gamba sono allungati al massimo si ha stanchezza e quindi una sensazione molesta. Come dicono Cipollina e Maragliano « i muscoli flessori della gamba sono in questo caso in uno stato d'ipertonia fisiologica; quando interviene una causa suscettibile di modificare il tono dei muscoli flessori della gamba la semiflessione si accentua ». Occorre uno sforzo più grande, una pena più sensibile e anche un dolore per rimettere questi muscoli in estensione completa: ecco il segno di Kernig. È dunque ad un au-

mento del tono muscolare che bisogna riferire questo fenomeno.

Ma certamente il tono muscolare non è dato dalle meningi; il tono è funzione della fibra muscolare, della cellula nervosa, del sistema neuro-muscolare. Bisogna quindi credere che la contrattura di flessione sia determinata da una intossicazione del sistema neuro-muscolare. Questa eccitazione è dovuta all'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano? No, perchè il segno di Kernig può essere molto marcato quando il liquido cefalo-rachidiano non è iperteso, e perchè rimane inalterato dopo la puntura lombare evacuativa, ed anche perchè gli stati che si accompagnano con forte ipertensione (tumore cerebrale, emorragia, idrocefalia) non presentano contrattura di flessione.

È forse dovuto ad un'irritazione locale del midollo spinale e dei nervi della coda equina? Questa era l'opinione di Kernig, ma egli non lo aveva ricercato che nelle vere meningiti, mentre come si è detto esso è presente negli stati tifosi senza alcuna traccia di reazioni meningee. Se dunque il midollo e la coda equina sono eccitati non è causa della meningite ma per effetto della causa della meningite.

In conclusione si deve ammettere che le stesse tossine che alterano le meningi, alterano anche le fibre e le cellule nervose, donde aumento del tono e contratture secondarie. Non si può avere una setticemia che leda le meningi e rispetti le cellule nobili; ecco perchè il segno di Kernig è sempre presente nelle meningiti, ed ecco perchè lo si trova negli stati infettivi quando non esiste clinicamente, batteriologicamente, citologicamente e chimicamente alcuna alterazione meningea.

Dr.

CHIRURGIA.

Il trattamento chirurgico dell'empiema.

(ALEXIS V. MOSCHOWITZ. *Surg. Gyn. a. Obst.*, n. 4, 1919).

Riguardando le statistiche di dieci anni del Mont Sinai Hospital di New York, l'A. fu colpito dal fatto che la mortalità per empiema fu del 28 %: tale cifra, che ebbe conferma in altre indagini, condanna categoricamente la comune attitudine indifferente dei chirurgi rispetto a questa malattia. Egli quindi gradì molto di entrare a far parte di una speciale Commissione per l'empiema.

L'attuale articolo è basato intieramente sulla propria esperienza di 140 casi esaminati in ospedali. La maggior parte furono dovuti all'infezione di uno streptococco emolitico, coincidente o consecutiva a una forma peculiare di bronco-pulmonite organizzante: tali empiemi del resto non differiscono gran che da quelli osservati nella pratica civile, e che in maggioranza sono dovuti a pneumococco, sebbene in una notevole percentuale entri anche nella loro etiologia lo streptococco.

Per opportunità di studio è bene distinguere tre stadi: di formazione (1), acuto (2), cronico (3).

I. — LO STADIO DI FORMAZIONE.

Il fenomeno più interessante di questo periodo, che è forse il più importante, è la formazione estremamente rapida dell'essudato e la ancora più rapida infezione con miriadi di virulenti streptococchi. L'A. non crede che questa grave infezione possa essere spiegata con la semplice diffusione per contiguità dalla lesione intrapolmonare: ma, procedendo per analogia con la infezione del peritoneo, che ha quasi sempre per base una perforazione del tubo gastro enterico, e avendo osservato all'autopsia alcuni anni or sono la presenza di una perforazione a punta di spillo di un ascesso polmonare subpleurico, ha pensato a questa seconda origine: e infatti degli esami *post obitum* eseguiti poi su larga scala lo hanno confermato nella sua idea.

Quando vi sia sospetto di essudato, la sua presenza e il suo carattere dovrebbero esser verificati con la puntura esplorativa la quale nei primi tempi dà esito a un liquido, di vario colore, occasionalmente sanguigno, e solo leggermente torbido. Questa torbidità è solo in parte dovuta a cellule purulente, più spesso è in rapporto con la presenza di numerosissimi streptococchi.

Riguardo al trattamento, il consiglio più importante dato dalla Commissione per l'empiema è di non operare, limitandosi all'evacuazione col Potain o col Dieulafoy del liquido, nel caso che questo provochi seri disturbi del respiro o del circolo. Unica eccezione a questa regola deve farsi nei casi di acuto e progressivo idro- o piopneumotorace, risultante dalla rottura di un grosso ascesso subpleurico, comunicante con un bronco di considerevole dimensione.

Tale consiglio si raccomanda anzitutto pel risultato pratico, chè, dopo che esso è stato adottato, la mortalità è diminuita, mentre è assai alta in quegli ospedali in cui vige tuttora l'operazione immediata. Inoltre si basa su considerazioni teoriche: mancando nei primi stadi qualunque aderenza, con l'operazione noi tra-

sformiamo un idrotorace libero, relativamente benigno, in un pneumotorace iperacuto estremamente pericoloso, e il mediastino poi, ancora liberamente fluttuante, andrà a fissarsi sul lato opposto del torace, provocando quegli impacci al respiro e al circolo che si volevano rimuovere. Infine trattandosi di solito di pazienti gravemente malati di pulmonite, essi non sono sempre in grado di sopportare bene un intervento anche se con anestesia locale.

Nessun vantaggio può trarsi da operazioni così dette intermedie, come per esempio l'istituzione di un drenaggio permanente per mezzo di un catetere introdotto attraverso a un foro praticato col trequarti.

Il trattamento postoperatorio di questi interventi precoci è assai difficile: il polmone collassato rapidamente si ritrae in alto e all'interno, lasciando una enorme cavità che richiederà molto tempo e molte cure per esser chiusa.

Si è voluto avvicinare il trattamento della cavità pleurica a quello della cavità peritoneale, dove abbiamo imparato che, non appena insorge una peritonite, occorre intervenire al più presto: ma non va dimenticato che nella cavità ci troviamo di fronte ad alcune condizioni statiche affatto mancanti nell'addome, e che le funzioni dei visceri intratoracici sono tali che la loro soppressione, anche per breve tempo, è incompatibile con la vita.

Concludendo questo paragrafo, non c'è che ripetere la ammonizione: *non nocere*.

II. — Lo stadio acuto.

In questo periodo le condizioni generali sono assai migliorate. Inoltre le condizioni anatomiche si sono modificate: l'essudato è divenuto francamente purulento e si sono costituite delle aderenze alla periferia di esso: con l'attesa, la preesistente pleurite libera siero purulenta si è convertita in una pleurite purulenta chiusa, in un empiema, il polmone è già compresso dal pus incapsulato, e con una apertura grande quanto si voglia non può più collassarsi: è il momento di elezione per intervenire.

L'operazione sarà preceduta da un esame radioscopico per determinare il punto più favorevole per l'incisione. Si procederà sempre con anestesia locale: endodermica, degli strati più profondi e del periostio se si ritiene necessaria una resezione costale. L'incisione deve permettere: un adeguato drenaggio, una appropriata medicazione della cavità; nella forma di empiema più comune essa sarà condotta sull'VIII spazio intercostale proprio dietro l'ascellare posteriore.

Il taglio cutaneo deve essere di notevole lunghezza (da 6 a 10 cm.) sì da condurre i successivi tempi dell'operazione sotto la guida dell'occhio; tener presente che se il braccio è iperaddotto, quando poi torna alla posizione normale, la cute si sposta e si perde il parallelismo coi piani sottostanti, ciò che è poi fastidioso nel trattamento postoperatorio: quindi condurre l'incisione con braccio in semplice adduzione.

L'A. ritiene che nelle operazioni primarie è più che sufficiente la semplice incisione intercostale (negli empiemi secondarii, cioè in quei casi in cui una cavità empiematosa sia già stata drenata, la resezione è necessaria), ed egli a differenza dei comuni insegnamenti la preferisce perchè è semplice, prende poco tempo, dà lo stesso drenaggio che dopo la costotomia, non espone al pericolo della necrosi delle estremità della costa resecata, non infrequente causa di fistole persistenti. Il drenaggio è praticato con un solo tubo di caucciù piuttosto ampio, lungo circa 30 cm., con una fenestra laterale presso l'estremità toracica e fatto passare l'altra estremità attraverso una stretta fessura di una lamella pure di caucciù quadrata di circa 12 cm. di lato, a cui è fissata con una spilla di sicurezza. Dopo aver fatto evacuare il pus (l'A. è contrario al lavaggio immediato unicamente per non prolungare l'operazione, mentre crede che la generale opposizione al lavaggio, di cui nei libri non è data la ragione, debba attribuirsi alla frequente esistenza di comunicazioni fra la cavità pleurica e l'albero bronchiale), il drenaggio è fissato mediante delle strisce di cerotto lungo il bordo della lamella di caucciù. Posto il malato al letto viene innestata al tubo di drenaggio, per mezzo di un tubo a T, una combinazione di un tubo di scarico che va a terminare in una bottiglia, e di un apparecchio di istillazioni di Dakin che si fa funzionare per 5 m' ogni ora, chiudendo temporaneamente il primo tubo. Ciò, fra l'altro, fa sì che la ferita non richiede per un certo tempo alcun cambio di medicatura.

Iniziandosi il trattamento post-operatorio, che sarà limitato a una medicatura al giorno, vengono introdotti nella ferita da 1 a 4 tubi di Carrel e inoltre un corto tubo di drenaggio per permettere l'evacuazione degli escreti e del liquido di Dakin: il tubo collettore viene fatto uscire dalla sommità della fasciatura e connesso con un recipiente che contiene la soluzione, mentre vengono date agli infermieri le opportune istruzioni allo scopo (al meglio istillazioni di 25-100 cc., secondo le dimensioni della cavità, ogni ora). Tutte le volte che si rinnova la medicatura anche i suddetti tubi vengono sostituiti. Ricordia-

mo di passaggio che tutto ciò che si può attendere dalle soluzioni di Dakin è di sterilizzare la cavità: ma ciò non può avvenire se gli altri principii chirurgici della asepsi non siano scrupolosamente osservati. Le vicinanze della ferita sono protette con una pomata all'ossido di zinco, che è risultata superiore alla semplice vaselina sterile.

I casi complicati con fistole pleuro-pulmonari non possono essere irrigati con quantità abbondanti di liquido a causa della tosse fastidiosa che così si provocherebbe.

È meraviglioso come già alla prima medicatura la secrezione perde il suo carattere francamente purulento. Ciò è in rapporto col perfetto funzionamento del drenaggio; e infatti, se questo non è ben condotto, lo si può desumere dall'aspetto del secreto che talora assomiglia a bianco d'uovo non cotto. Altro effetto interessante del liquido di Dakin è di modificare lo spesso strato di deposito fibrino-purulento che all'operazione si rinviene nella pleura polmonare: questo strato viene assottigliato al punto da riuscire perfettamente visibile il sottostante polmone.

Due volte la settimana si fanno degli esami batteriologici del liquido; e, quando la sterilità è stata ottenuta da qualche giorno, si tolgono via i tubi, limitandosi a un trattamento Carrel Dakin discontinuo.

In molti casi il risultato è una rapida e permanente guarigione (in un caso in 13 giorni). Talora l'A. ha tentato una chiusura plastica, ma senza brillanti risultati: di fatto, o la cavità non è sterile e allora la sutura non tiene, o è sterile e allora la chiusura avviene lo stesso.

Dei lievi esercizi sistematici sono quelli che meglio corrispondono allo scopo per far riespandere il polmone. Durante tutto il trattamento postoperatorio è importantissimo curare la nutrizione del paziente.

III. — Lo stadio cronico.

1) *Casi che non guariscono in un « periodo di tempo ragionevole ».* — La parola « ragionevole » permette una grande larghezza di interpretazione. La guarigione avviene per un processo di obliterazione della cavità pleurica, dovuta ad aderenze per modificazioni granulomatose della pleura. Durante l'epidemia influenzale l'A. ha potuto osservare le seguenti modalità:

a) È stato insegnato che ottenuta la sterilizzazione col metodo Carrel-Dakin l'apertura di drenaggio può esser chiusa con una sutura secondaria. Secondo l'esperienza dell'A., se in tal modo si ottiene la chiusura permanente in molti casi, non ne mancano altri in cui persiste una certa quantità di essudato, sebbene non esteso a tutta la cavità; il quale peraltro finisce anch'esso col riassorbirsi.

b) In pochi casi l'esame radioscopico gli ha fatto constatare in empiemi guariti la presenza di un pneumotorace chiuso: anche qui però in circa un mese il pneumotorace sparisce ed è sostituito dal polmone riespanso.

c) Altri casi, rari, sono costituiti dalla presenza di una piccola fistola che porta a una vasta cavità e da cui fuoriesce una scarsissima secrezione, appena poche goccie alla settimana. Tali fistole, nonostante il trattamento, persistono a lungo ma poi finiscono col chiudersi.

d) Finalmente l'A. ha visto altri casi in cui il trattamento Carrel-Dakin aveva prodotto la sterilizzazione, ma l'esame radioscopico dimostrava la persistenza della cavità, senza tendenza a chiudersi. Nella pratica privata sono questi i casi che forniscono l'indicazione per una operazione secondaria. Tuttavia, tenendo conto delle tre eventualità sopradescritte, l'A. ha voluto tentare la sospensione di qualsiasi trattamento; e con sorpresa vide anche qui seguire la guarigione permanente.

È in considerazione di quanto abbiamo detto che l'A. trova difficile il definire il « periodo di tempo ragionevole » per la guarigione.

Quanto ai casi che non possono essere guariti con un trattamento Carrel-Dakin anche prolungato, essi possono riassumersi nei seguenti: quelli complicati da ampie fistole pleuro-polmonari; quelli in cui persistono corpi estranei; quelli con tasche laterali; quelli con rami fistolosi laterali; quelli con coste necrotiche.

2) *Casi di recidiva entro la vecchia cavità empiematica.* — Generalmente parlando, ciò è dovuto all'aver interrotto troppo presto il drenaggio e il tratamento antisettico; e specialmente si riscontra nei casi in cui volle praticarsi una sutura secondaria. In realtà la prova batteriologica non è sempre sicura e, come dice un vecchio assioma della medicina, una prova negativa non è una prova. Del resto il fatto può avvenire anche in casi che furono fatti guarire spontaneamente, come in otto dell'A.

3) *Casi in cui fu scoperto un secondo focolaio purulento a una certa distanza dall'empiema originale.* — Incupsulandosi l'empiema, come abbiamo sopra descritto, si forma un'altra cavità oltre a quella principale, mentre questa sola è aperta all'operazione. Sicchè manca il miglioramento e presto o tardi l'esame fisico e radioscopico svela la seconda raccolta che va aperta con un nuovo intervento.

4) *Casi di raccolta purulenta entro il parenchima polmonare.* — Non si tratta qui di quei piccoli ascessi subpleurici, probabile punto di partenza dell'empiema, nè a ogni modo di ascessi comunicanti con la cavità pleurica o con bronchi di una certa dimensione, attraverso i quali si sondano; ma di raccolte incapsulate endopolmonari la cui scoperta è difficilmente svelabile se non forse con la stereoradioscopia.

5) *Casi di fistole bronco-cutanee.* — Sebbene con la stessa etiologia, non vanno confuse con le già citate fistole pleuropulmonari: mentre queste sono relativamente facili a guarirsi, le prime non chiudono mai spontaneamente e richiedono dei metodi di cura piuttosto complicati.

La diagnosi di alcuni di questi stati è da sè stessa evidente, in altri è eccezionalmente difficile. Non possiamo qui entrare nei vari segni fisici. Notiamo solo che quando un paziente è guarito del suo empiema la guarigione è sotto tutti i punti di vista perfetta: ottime condizioni generali, aumento di peso, di appetito, ecc. Quando invece dopo un po' di tempo incomincia ad apparire una febbretta serotina, e il miglioramento non è così evidente o manca, si procederà ad un completo esame fisico: in un certo punto del torace sarà trovata un'area sospetta che all'aspirazione dimostrerà certamente pus.

Un grande aiuto nelle forme con tasche laterali, seni fistolosi, fistole bronco-polmonari è dato dalla radiografia previa incisione, di una sostanza opaca ai raggi X, come il sottonitrato o il sottocarbonato di bismuto, il quale, dopo varie prove, è risultato all'A. come il migliore, se correttamente usato. E ciò va detto non solo per la ben nota tossicità del bismuto ma anche perchè nella forma comunemente adoperata di pasta alla vaselina, questa, dopo scaldata e liquefatta, rapidamente si raffredda e solidifica durante l'iniezione e quindi non raggiunge tutte le cavità. Preferibile quindi alla vaselina è l'olio di seme di cotone sterilizzato.

IV. — COMPLICAZIONI DELL'EMPIEMA.

Quelle locali sono rapidamente svelate e combattute. L'A. sostiene non esservi complicazioni a distanza: culture positive del sangue sono eccezionali; e le eventuali endocardite, pericardite, peritonite, infezioni articolari, ecc., sono da attribuire non all'empiema, ma alla polmonite.

V. — TRATTAMENTO DEI CASI CRONICI.

1) *Vaste cavità empiematiche.* — Dobbiamo ricordare che se assai vaste sono sempre il risultato di un errore curativo, cioè dell'intervento troppo precoce, quando ancora non si sono formate aderenze. Del resto cavità anche grandi vanno sempre riducendosi col trattamento col Dakin fino a che, raggiunta una notevole diminuzione e ottenuta da un certo tempo la sterilità, si può tentare la chiusura con la semplice sospensione di qualsiasi trattamento. Ma se la sterilità non è raggiungibile occorre procedere a una delle operazioni maggiori: fra le quali l'A. preferisce quella di Schede o resezione di tutte le coste che formano la volta della cavità.

Riguardo a questa operazione fissiamo alcuni punti secondarii degni di attenzione. Le condizioni generali dei pazienti essendo buonissime è pienamente autorizzata la anestesia generale. Una semplice incisione obliqua lungo il diametro maggiore della cavità dà un ampio campo d'azione: ma poichè nel trattamento successivo, se furono resecate delle coste in corrispondenza della scapola, questa tende a riempire l'apertura fatta, è meglio condurre il taglio fra le linee scapolare interna e vertebrale. Si incontra qualche difficoltà ad escidere la costa che venne resecata nella operazione primaria. I tessuti intercostali sono legati in massa alle due estremità ed escissa la porzione intermedia, le coste sono resecate subperiostalmente. I tessuti sottostanti, specialmente l'ispessito foglietto pleurico, sono escissi. V'è chi consiglia anche l'asportazione delle cotenne fibrose che coprono anche la pleura viscerale, ma ciò è spesso indaginoso e costituisce un trauma non indifferente: l'A. vi ha spesso preferito un semplice raschiamento col cucchiaio. La ferita è semplicemente zaffata, senza suture. Alla prima medicazione — dopo 5-6 giorni — i tamponi sono rimossi e viene istituito un trattamento Carrel-Dakin.

2) *Trattamento di seni empiematici cronici*:

a) Quelli sterili guariscono permanentemente con la semplice sospensione di ogni trattamento.

b) In quelli infetti bisogna ricercare la causa dell'infezione.

c) Corpi estranei accidentalmente lasciati (come pezzetti di drenaggio, ecc.).

d) Coste necrotiche.

e) Seni fistolosi e tasche laterali non raggiungibili col Dakin. Richiedono di solito una operazione di Schede per essere ampiamente esposti.

f) Fistole pleuropulmonari. Assai frequenti. Le piccole guariscono di solito spontaneamente. La non guarigione dipende o dall'esservi cresciuto sopra l'epitelio bronchiale o dall'esser mantenute aperte dal deposito fibroso della pleura viscerale. La loro guarigione è piuttosto dif-

ficile. L'A. consiglia, dopo averle completamente messe in luce con una operazione di Schede, di mobilizzare il polmone tutt'attorno alla cavità empiematica (ciò che permette il riavvicinamento dei labbri della fistola), di escidere la boccuccia sotto forma di un piccolo cuneo, e di chiudere con qualche punto. La medicazione immediata è importantissima: non va posta della garza in contatto con la fistola ma fra le due si interpone un pezzetto di lamella di caucciù sterilizzata.

3) e 4) *Le raccolte di pus a una certa distanza dall'empiema originale e il riaccumulo di pus nella cavità originale* richiedono di solito la resezione costale, essendo insufficiente come nella operazione primitiva l'incisione intercostale.

5) *Il trattamento degli ascessi polmonari* richiede un capitolo a parte: accenniamo solo che è sufficiente una semplice adeguata incisione e il drenaggio, ciò che è reso semplice dalle abbondanti aderenze fra le due pleure.

6) *Il trattamento delle fistole broncocutanee* è un poco più difficile: richiede una adeguata mobilizzazione del polmone (per mezzo dell'operazione di Schede), seguita dall'intera escissione del tratto fistoloso con o senza sutura successiva. La difficoltà del trattamento di tutti i casi complicati da fistole polmonari consiste nell'impossibilità di usare qui, per ovvie ragioni, l'irrigazione con il Dakin. L'A. si è trovato assai contento della sostituzione a questo della dicloramina T.

SEBASTIANI.

LARINGOLOGIA.

Discussioni sull'eziologia, profilassi e trattamento delle vegetazioni adenoidi.

(*Proceedings of the Royal Society of medicine.* Aprile-maggio 1919).

Il dott. Harry Campbell definisce per adenoide, l'iperplasia della tonsilla faringea che talvolta è soltanto una parte della iperplasia generale del tessuto adenoide di tutto il corpo, cioè dello *status linfaticus.* Egli crede che la causa immediata di tale iperplasia si debba cercare in qualche alterazione del plasma che bagna le cellule del tessuto adenoide e che tale alterazione del plasma sia dovuta principalmente a disturbi intestinali; questi ultimi favoriscono l'assorbimento dei veleni intestinali che indeboliscono la resistenza dei tessuti favorendo l'attecchimento dei germi in quei punti, che hanno una tendenza netta all'infezione come le vie nasale, naso-faringea, bronchi, intestino, ecc.

Osserva anche che uno dei fattori più importanti per l'origine dell'adenoide è il difetto della masticazione, principalmente perchè implica l'imperfetta digestione salivare e fa giungere nell'intestino l'amido integro e indigerito. Basa queste sue conclusioni su alcune osservazioni:

1° la masticazione e quindi la digestione salivare, sono andati progressivamente diminuendo collo svilupparsi dei metodi di cucina;

2° le adenoidi sono più frequenti fra gli inglesi che in qualunque altro popolo, perchè gli inglesi mangiano la maggior parte del loro cibo vegetale preparato in modo fluido o semifluido, così che la masticazione viene ridotta al minimo fino a ridurre lo sviluppo della mascella e del mento, che negli Indù e nei popoli del sud Africa sono sviluppati.

L'A. conclude affermando il principio: buona digestione intestinale esclude l'adenoidismo. Il rimedio migliore dal punto di vista profilattico è il cambiamento della dieta: eliminando l'eccesso di amido e di zucchero, diminuendo la parte fluida dei nutrimenti, aumentando la razione dei vegetali.

Il dott. Edmund Cautley ricordando come la diffusione delle adenoidi sia aumentata progressivamente coi tempi moderni, le attribuisce alla diffusione dell'allattamento artificiale col metodo del poppatoio. Su quel fondo di alterazione ereditaria, lo stato linfatico, su cui spesso si stabilisce il rachitismo, si stabiliscono generalmente anche le adenoidi. Spesso la malformazione del naso e delle vie aree superiori favoriscono lo sviluppo di stati infiammatori, poi di iperplasia e ipertrofia del tessuto adenoide. L'A. dice che la « *facies* » *adenoidea* non è sempre dovuta all'ostruzione delle vie aeree, ma anche a malformazione anatomica specialmente degli archi mascellari e del palato.

Quindi è necessario evitare i raffreddori frequenti e lo stato catarrale delle vie aree superiori, che generano l'iperplasia adenoidea e conseguentemente i disturbi gastro-intestinali per l'ingestione del muco e del catarro e tutti gli altri disturbi come l'otite, le adeniti, ecc. Conclude quindi per l'allattamento naturale e tutti quegli esercizi fisici e igienici che evitano la ripetizione dei raffreddori.

Il dott. Sim Wallace insiste per l'eziologia sullo stato infiammatorio delle mucose aeree e ricorda come lo sviluppo delle adenoidi sia nettamente in relazione coi climi freddi e umidi; così sono frequenti nelle zone dei laghi in America, e poi in Svezia e nell'Italia settentrionale.

Raccomanda quindi di esser molto cauti nell'applicazione della teoria della « vita all'aria li-

bera dei bambini ». Esclude dalle cause eziologiche la cattiva masticazione.

Il dott. W. Stuart-Low dice che lo sviluppo delle adenoidi dipende essenzialmente dalla tendenza ereditaria all'iperplasia del tessuto adenoideo del nasofaringe che può esser favorita da tutte le cause ripetute dagli altri. Insiste per la cura chirurgica.

Il dott. Wilkinson riferisce per esperienza avuta in Australia sulla necessità assoluta del trattamento operatorio.

Il dott. Badcock è dell'opinione che la dieta possa influire molto e ricorda di aver osservato nei prigionieri tedeschi, che generalmente sono forniti di ottimi denti e di buone mascelle e non presentano adenoidi, una tendenza netta alla dieta vegetale e dura.

Il dott. Eric Pritchard crede che l'iperplasia del tessuto adenoide sia da mettere in relazione colla sua funzione protettiva battericida. C'è iperplasia ogni volta che c'è eccesso di lavoro battericida, ossia sproporzione tra il lavoro e il tessuto che lo deve compiere. Ciò può accadere per due condizioni: alterazione primitiva del tessuto adenoide (stato linfatico) incapace di compiere il suo lavoro o eccesso di lavoro per la presenza di germi in grande numero (infiammazione delle vie aeree, malformazioni che fanno ristagnare la secrezione locale). Crede che la saliva serva soltanto a pulire la bocca e non a digerire l'amido.

Il dott. Parkinson si sofferma specialmente sul trattamento non operativo. Consiglia pennellature con un pennello curvato opportunamente che si passa dalla bocca, di una soluzione a parti uguali di glicerina e percloruro di ferro, due volte alla settimana in principio e poi una volta. Tale metodo è un po' incomodo nei bambini al di sotto di sei anni. Consiglia l'allattamento naturale e l'aria marina. Per l'operazione consiglia di aspettare perchè molti casi gravi nell'infanzia divengono lievi e possono anche scomparire col progredire dell'età.

Il dott. Zapage si sofferma principalmente sui pericoli dell'intervento chirurgico e crede nella utilità grande degli esercizi respiratori.

Il dott. Cameron crede nel fattore dell'alimentazione riferita dal dott. Campbell, specialmente per quello che riguarda l'eccesso di pane che mangiano i bimbi poveri fra i due e i cinque anni. Crede che le adenoidi e il rachitismo possono esser la conseguenza della stessa causa, che sarebbe la cattiva alimentazione.

Il dott. Moore riferisce dal punto di vista di rino-laringoiatra: ricorda come le adenoidi siano eccezionali al disotto di un anno di età e molto frequenti fra i 3 e 5 anni. Ha osservato anche che l'iperplasia del tessuto connettivo delle tonsille di Luschka è indipendente dall'età: si possono aver masse fibrose anche in soggetti molto giovani. Non crede che il progredire dell'età faccia recedere il processo delle adenoidi, ma crede, che soltanto al fatto dell'aumento di volume delle cavità nasali dell'adulto si deve il miglioramento quasi costante dei disturbi adenoidei. Crede al trattamento non operatorio soltanto per i casi lievi e non antichi.

Il dott. Whale raccomanda per l'esplorazione lo specchietto faringeo invece del dito così spesso usato.

Il dott. William Hill dice che le così dette adenoidi sono qualche volta congenite, ma di solito nella tenera età sono dovute al sopraggiunto catarro delle vie aeree ruperiori. Spesso si vede che nei bambini rachitici lo spazio nasofaringeo è ristretto; per conseguenza la tonsilla di Luschka occupa relativamente maggiore spazio che nei bambini normali. L'A. consiglia l'operazione nel caso di degenerazione fibrosa delle tonsille.

Il dott. Belson è per l'intervento operatorio quando le adenoidi ostruiscano lo spazio nasofaringeo; mentre consiglia ricorrere ad un trattamento medico — lavaggi delle vie aeree superiori, soggiorno vicino al mare — quando le adenoidi sono associate con un catarro della mucosa nasale.

Il dott. Cameron dice che spesso l'aumento delle tonsille è in rapporto coi disturbi generali della nutrizione la qual cosa porta una diminuzione della resistenza verso l'infezione catarrale di diverse mucose, come vediamo per esempio nei bambini linfatici.

Il dott. Eric Pritchard insiste sull'importanza delle condizioni igieniche e della nutrizione nello sviluppo delle adenoidi, condizioni che possono spesso prevenire un intervento operatorio.

Il dott. Colyer è d'accordo col dott. Campbell il quale vede nelle infezioni dell'apparato digerente la principale causa della formazione delle adenoidi. Per impedirle consiglia: allattamento naturale, buona masticazione, dieta mista, solida e liquida. Oltre a questo, sorvegliare perchè i bambini respirino col naso e non colla bocca, perchè la camera dei bambini sia bene aereata e poi per prevenire il catarro delle vie aeree superiori, lavaggi con acqua e sale.

Il dott. Cautley è per un intervento operatorio soltanto nei casi nei quali l'iperplasia delle adenoidi ha raggiunto uno stadio tale da impedire il libero passaggio dell'aria respiratoria.

R. OSSLAN.

MALATTIE NUOVE.

Le osteopatie da fame.

(W. V. SIMON. *Münch. Medizin. Wochenschr.* n. 29, 1919).

Dalla fine dell'anno 1918 in poi, sono comparse in diverse regioni degli ex-imperi centrali, in forma endemica, delle malattie del sistema scheletrico, presentanti manifestazioni cliniche diverse a seconda della regione in cui la malattia appariva; però molto simili tra di loro per vari caratteri essenziali, e per la loro etiologia. La malattia, simile all'osteomalacia in una regione, assumeva in un'altra i caratteri del rachitismo tardivo, in un'altra ancora quelli dell'osteoporosi; in una regione ammalavano di preferenza i maschi, o gli individui in età giovane, in un'altra le femmine o gli individui avanzati d'età.

Alla genesi di tali affezioni concorrono diversi fattori, la maggior parte dei quali è in dipendenza diretta od indiretta dalla quantità e dalla qualità deficiente del nutrimento: I) Fattori i quali direttamente danneggiano il sistema osseo — insufficienza dei sali di calcio e di fosforo negli alimenti, eliminazione di tali sali dalle ossa; deficienza di vitamine; danni tossinfettivi, conseguenza della pandemia grippale. II) Fattori i quali indirettamente danneggiano il sistema osseo, turbando la situazione ormonica dell'organismo (danno portato dall'alimentazione incongrua all'una o all'altra delle glandole endocrine). A seconda dell'una o dell'altra sostanza che difetta nell'alimentazione (sali, vitamine), a seconda della specie fisiologica dell'individuo colpito (sesso, età), e a seconda delle diverse condizioni esterne di vita, la malattia acquista in ogni regione in cui appare, un'impronta, un tipo speciale.

Wassermann così distingue i vari tipi:

1) processi emorragici (scorbutiformi) ossei ed osteoperiostei;

2) malacie;

3) alterazioni strutturali delle ossa (osteopatie, osteoporosi, rachitismo tardivo, ecc.).

Tutte queste affezioni presentano un quadro clinico un po' diverso dalle affezioni delle ossa finora conosciute; per esse il nome più adatto è quello proposto da Poroges e Wagner: « osteopatie da fame ».

Nella malattia osservata dall'A. a Francoforte, erano colpiti di preferenza i maschi, nell'età di 14-20 anni; le poche femmine colpite erano anch'esse giovani. Il quadro clinico nei maschi era simile a quello del rachitismo tardivo (dolori agli arti inferiori, tumefazione delle epifisi, formazione di genu valgum, ecc.), nelle femmine a quello dell'osteomalacia (dolori forti alla colonna vertebrale e agli arti inferiori; disturbi di deambulazione).

Nella malattia osservata da Schlesinger a Vienna, erano invece colpite di preferenza le donne le quali avevano sorpassata la menopausa. Il quadro clinico, somigliantissimo all'osteomalacia, se ne distingueva nettamente per l'assenza di deformazioni del bacino. In gran parte le ammalate presentavano i segni della tetania latente (ciò che induce lo Schlesinger ad attribuire la malattia ossea all'alterata funzione delle paratiroidi). Molte ammalate presentavano struma manifesto.

Terapeuticamente furono esperimentati, con risultati soddisfacenti, preparati di calcio, fosforo, somministrazione di erbaggi e frutta crude; buonissimi risultati avrebbe ottenuto l'A. dall'uso della « soprarenina ». L'unica cura veramente efficace è però il ritorno ad un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente sufficiente.

Pollitzer.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI MILITARI DI RISERVA IN URBINO
diretti dal maggiore medico T. TAMAGNINI.

Aneurisma artero-venoso dell'iliaca esterna

per il prof. ANTONIO VENTURI
maggiore medico assim., capo rep. di chirurgia.

Per quanto in questi ultimi anni il numero dei casi di aneurisma artero-venosi si sia notevolmente accresciuto, pure io credo che possa essere ancora di qualche interesse il riferire su di un caso di aneurisma artero-venoso dell'iliaca esterna trattato chirurgicamente con esito buono.

M... A..., di anni 19, di Gaioli (Siena), riportò il 30 ottobre 1918, oltre il Piave (Ronchi), una ferita transfossa da pallottola di mitragliatrice, dalla regione glutea sinistra alla parte infero-interna del quadrante addominale inferiore sinistro. Rimasto parecchie ore sul campo di battaglia, fu trasportato alla sera nell'ospedale da campo 060. Il paziente racconta che non perdette molto sangue dalla ferita e che avvertì subito dolori all'arto inferiore sinistro, specie alla gamba ed al piede, mentre non ne avvertiva nella regione colpita. Il 16 novembre fu trasferito all'ospedale da campo 240 ove fu riscontrato che le ferite esterne erano in via di cicatrizzazione, che il paziente era apiretico, ma che presentava

la coscia sinistra leggermente aumentata di volume ed una piccola bozza nella fossa iliaca sinistra e che la pulsazione della femorale si avvertiva debolissima.

Il 21 novembre il paziente fu ricoverato in questo ospedale militare.

Il paziente presenta i due fori della ferita transfossa completamente cicatrizzati; il foro di ingresso si trova posteriormente nella regione glutea (un po' in alto e all'interno del gran trocantere), il foro di uscita anteriormente sulla pararettale sinistra a circa tre centimetri dal bordo della branca del pube.

Tutto il quadrante inferiore sinistro dell'addome appare notevolmente ingrossato, specie nella parte inferiore verso il legamento inguinale. Alla palpazione si avverte una massa a contorni non bene precisabili, del volume circa di un arancio, con fremito vibratorio caratteristico. All'ascoltazione si nota un soffio continuo a rinforzo sistolico. Il *thrill* si estende a tutto il quadrante inferiore sinistro e alla parte superiore dei vasi femorali. Tutto l'arto è leggermente edematoso; la pulsazione della femorale e della poplitea è debolissima e in ritardo. L'arto conserva la sensibilità inalterata. Le condizioni generali del paziente sono discrete; si ha leggera elevazione termica serotina (37·3).

Fatta facilmente la diagnosi di aneurisma artero-venoso della iliaca esterna, date le condizioni del paziente e dato che il primo accenno alla formazione di una sacca aneurismatica veniva fatto il 17 novembre, si crede opportuno di attendere per una migliore formazione di circolo collaterale.

Ma ai primi di dicembre il paziente andò rapidamente peggiorando; i dolori all'arto divennero continui e intollerabili, mentre la sacca aneurismatica aumentava notevolmente di volume e l'edema dell'arto si faceva più pronunciato. Comparvero disturbi cardiaci (palpitazioni intermittenti, senso di oppressione); si manifestò stipsi ostinata e cominciò il vomito prima per ogni cibo solido ingerito, poi anche per l'ingestione di liquidi.

Giudicato quindi pericolosissimo ogni ulteriore indugio s'intervenne il 6 dicembre 1918.

Narcosi morfino-eterea. Grossich. Incisione parallela all'arcata, 3 centimetri al di sopra di questa, pei due terzi interni, poi volta in alto, con leggera convessità esterna. Come si poteva prevedere, dato il momento dell'atto operatorio, l'isolamento della sacca viene subito giudicato difficile per le gravi aderenze perianeurismatiche; e neppure risulta possibile giungere sull'iliaca esterna o sull'iliaca primitiva per via extraperitoneale. Non volendo procedere ad altre manovre senza aver prima provveduto all'emostasi e non essendo il caso di applicare il laccio di Momburg che recherebbe notevole intralcio all'atto operatorio, per la sede della lesione, si incide in alto, dalla stessa incisione cutanea, il peritoneo e si raggiungono, attraverso la cavità addominale, i vasi iliaci. Risulta che la sacca giunge a circa 3 centimetri dalla biforcazione; presso questa si legano l'iliaca esterna e la vena separatamente; due centimetri più in basso non si riesce che a legare in blocco l'arteria e la vena; si taglia fra le due legature, sempre con l'intento di asportare la sacca; si pratica un'incisione perpendicolare circa a metà della prima verso il basso lungo il polo inferiore della sacca ed i vasi femorali. Le gravi aderenze minacciano di rendere assai lenta e brigosa la dissezione completa della sacca che si protende fin sotto l'arcata; e poichè le condizioni del paziente, che pur non ha subìto perdita di sangue e che è sotto narcosi da appena mezza ora, si sono andate notevolmente aggravando, io decido, dato che sono affatto scomparsi la pulsazione e il fremito e che la bozza si è visibilmente afflosciata, di limitarmi al già fatto, senza neppure procedere alla legatura a valle, inspirandomi ancora al consiglio di Sencert.

Sutura del peritoneo; sutura parziale della ferita cutanea.

Il decorso post-operatorio è stato buono. La temperatura ha raggiunto un massimo di 37·5 in prima giornata; l'arto pur mantenendosi edematoso, non ha presentato notevoli alterazioni circolatorie. Non si avverte battito alla femorale e alla poplitea.

Dopo 12 giorni dall'intervento il paziente ha un brivido seguìto da temperatura elevatissima (40·3) della durata di poche ore; non riscontrandosi alcuna alterazione a carico della ferita, nè dell'arto, avendo il paziente sofferto di febbri malariche e la forma clinica presentandone i caratteri, si somministra chinino e il fatto non si ripete più che una volta, in modo assai più leggero, sedici giorni dopo il primo accesso febbrile. Dopo due mesi dall'intervento (la ferita si è già cicatrizzata), l'edema alla gamba ed al piede è quasi scomparso, alla coscia diminuito, ma in minor grado.

Si fa alzare il paziente con le stampelle; l'edema aumenta di volume, specie alla coscia; compaiono leggere elevazioni termiche serotine (37·2, 37·4). Gradatamente questi fatti diminuiscono d'intensità, ed il 19 aprile 1919, il paziente può lasciare l'ospedale in buone condizioni.

Di recente ho avuto dirette notizie dal paziente; le sue condizioni sono buone; permane ancora, ma in grado assai più leggero, l'edema all'arto, specie dopo una piccola fatica.

Per quanto si conoscano casi di aneurismi artero-venosi migliorati ed anche come guariti senza alcuna cura chirurgica, tuttavia non si deve certamente far fidanza su questa rara eventualità; questa è poi in modo assoluto da scartarsi quando il decorso clinico si presenta come nel caso sopra riferito. Ammessa quindi la necessità dell'atto operatorio, debbo fare alcune considerazioni sul tempo e sul modo col quale è stato compiuto. Certamente l'intervento poteva compiersi con più speranze di esito buono per l'arto dopo un lasso di tempo più lungo dai primi sintomi della lesione; un mese di tempo almeno era il consiglio dato alcuni anni or sono da V. Fritsch, due mesi almeno quello recente raccomandato nelle conclusioni della conferenza chirurgica interalleata del 18-21 novembre 1918. Nella storia clinica ho già riferito le ragioni impellenti che mi costrinsero ad intervenire prima del tempo fissato; l'esito buono ottenuto per

la conservazione dell'arto non giustificherebbe certamente l'intervento troppo precoce.

Il momento forzatamente scelto per operare il paziente può anche darci spiegazione delle difficoltà incontrate nella dissezione della sacca. Nell'atto operatorio eseguito in primissimo tempo o molto tardi, dice Tuffier, si ha la maggior facilità di esecuzione. Ma se al primo manifestarsi dell'aneurisma l'isolamento è assai più facile e l'operazione ideale può con più probabilità essere compiuta, non si può certamente consigliare d'intervenire in primo tempo, in ispecie per le arterie essenziali alla nutrizione di un arto, pei rischi troppo forti a cui ci si esporrebbe, qualora speciali condizioni di lesione e di infezione rendessero impossibile il ripristinamento della circolazione diretta.

Dopo qualche settimana dall'inizio ci troviamo quasi sempre in presenza di una « gangue » fibrosa cicatriziale che invade più o meno tutta la zona perianeurismatica e nella quale la dissezione degli organi importanti vicini è sempre difficilissima e spesso impossibile.

Dopo un tempo maggiore (vario naturalmente a seconda dei vari casi clinici) la lenta costituzione dei piani permette di nuovo una maggiore facilità di manovra. Anche per questo motivo deve essere quindi preferito l'intervento tardivo.

Purtroppo questo non è stato possibile nel mio caso; nel quale poi mi sono dovuto limitare ad una cura indiretta come nella maggior parte degli aneurismi artero-venosi dell'iliaca esterna che per la loro sede, per i loro rapporti, per le aderenze che contraggono, offrono sempre gravi difficoltà alla loro estirpazione totale.

Nel caso riferito fu scartata a priori per l'estensione e la sede del tumore qualsiasi operazione ricostruttiva, compresa l'endoaneurismorrafia, che pur di recente, in casi adatti, ha dato buoni risultati e si è mostrata di abbastanza facile attuazione. All'inizio dell'atto operatorio fu abbandonata, per le difficoltà incontrate, la via extraperitoneale; la estirpazione della sacca che si iniziava assai brigosa, ma che forse poteva essere condotta a termine, fu dovuta lasciare per l'improvviso aggravarsi del p.; mi può esser fatto l'appunto di non aver proceduto alle legature inferiori, ma dato che la sacca si era afflosciata e che il fremito e il soffio erano completamente scomparsi, non credetti opportuno, visto anche che in altri casi si era mostrato sufficiente il già fatto, il prolungare anche di poco l'atto operatorio, per rimediare al più presto e meglio allo shock del paziente.

Un'ultima osservazione debbo fare sul caso; i disturbi cardiaci sono scomparsi dopo l'atto operatorio; il che prova che solo i disturbi di un grado molto elevato possono richiedere (Toussaint) un atto operatorio radicale e che non si deve mai sacrificare a priori un arto pel solo fatto della presenza di cardiopatie.

Il mio operato può chirurgicamente considerarsi guarito con un discreto esito funzionale; auguriamoci che gli esiti lontani — ma purtroppo la cosa è ancora assai dubbia — possano corrispondere, per questi pazienti, al primo successo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Alcuni casi di febbre mediterranea curati col vaccino antimelitense.

Tutti gli anni in questo Comune vi sono delle epidemie di *febbricola* — chiamata dal popolo *febbre infettiva* — malattia che suole durare parecchi mesi e che volge quasi sempre a guarigione.

Sulla fine di questo inverno e durante la primavera si è avuta una nuova epidemia di tale febbre e mi decisi di ricorrere sia al siero antimelitensis, sia al vaccino. Trattandosi però di sperimentare un siero, o vaccino curativo, ho voluto accertarmi prima dell'agente produttore. Nessuna malattia infatti presenta una sintomatologia così varia come la setticemia del Bruce, tanto che il Tomaselli nel descriverne i caratteri disse: « Il carattere prevalente sopra tutti, è quello di non averne alcuno » — ciò nel 1879. Oggi però se ne è trovato uno solo, uno che è caratteristico e patognomonico ed è quello che le diede il nome di *febbre ondulante*.

Tale infezione qualche volta si confonde clinicamente col gruppo delle febbri *tifosimili, criptogenetiche, da infezione intestinale* che sono date o dal Bacterium coli, o dai paratifi B o A, o dal Bacillo di Gärtner o anche da quello del tifo. Non disponendo di un gabinetto batteriologico ho fatto in tutti i casi la siero-diagnosi. Mi sono servito delle Emulsioni batteriche diagnostiche per agglutinazione ritirate dall'Istituto Sieroterapico Milanese. I casi studiati furono più di cento, ho tenuto calcolo solamente di quelli nei quali si è avuto una agglutinazione al 1 % — giacchè al 1:50 — chechè ne dicano gli autori, può essere alquanto dubbia, trovandosi in individui normali; come pure è da considerare che nel 1917, mentre dirigevo il gabinetto batteriologico dell'ospedale Militare Principale di Messina ho isolato dalle feci di due ammalati di febbre mediterranea con siero-diagnosi negativa 1:50, numerose colonie di micrococchi del Bruce.

Prima di parlare dei risultati ottenuti voglio accennare ad alcuni dati pratici sulla etiologia della febbre mediterranea.

In questo paese si fa uso esclusivamente di latte di capra, ma esso serve esclusivamente per gli ammalati, e per qualche benestante; i contadini non ne usano mai, esso serve come medicamento, e non come alimento. Eppure il maggior numero di ammalati in tutte le epidemie di tale infezione lo danno i contadini. Ho voluto, ammalato per ammalato, informarmi se precedentemente avessero bevuto latte di capra, e tranne cinque gli altri non avevano mai da anni ed anni bevuto latte. A Malta ed altrove sono epidemie da latte, di capre infette, ma qui sono le verdure crude che trasmettono l'infezione. Non è da parlarsi di epidemia idrica; l'acqua è sorgiva e di una sola sorgente ed è incanalata. Invece i contadinif anno molto uso di ortaggi che mangiano crudi col pane: cipolle, lattughe, sedani, finocchi, ecc. Tali ortaggi coltivati vicino l'abitato si concimano colle immondizie raccolte nella strada. Esse sono formate dalla spazzatura della casa mista con materie escrementizie umane, (feci ed urina) giacchè i contadini non hanno cessi nelle case. Il concime poi negli orti si versa superficialmente sulla terra, ed è cosi che col vento e colla irrigazione granuli di esso vanno fra le squame o le foglie degli ortaggi, dove restano annicchiati e ben nascosti e non vanno via nemmeno colla lavatura più accurata.

Ho voluto provare su 82 casi tutti con siero-diagnosi positiva al 1:100 e di essi non riferirò le storie cliniche.

In otto casi ho sperimentato al decimo giorno di malattia il siero antimelitensis dell' Istituto Sieroterapico Milanese. Ho fatto 4 iniezioni in ciascuno ammalato: la prima di 30 centim. cubici e poi per tre giorni consecutivi una di 20 centim. cubici ciascuna; non ebbi alcun miglioramento, nemmeno abbassamento di temperatura, in due casi all'ottavo giorno rilevai un'orticaria da siero.

Negli altri 74 casi ho usato il vaccino Welcome contro la febbre mediterranea; un centimetro cubico contiene cento milioni di nucleoproteidi di micrococcus melitensis. Facevo la prima iniezione di poco meno di un centim. cubico, e spesso dell'intera fialetta e a dieci giorni di distanza iniettavo la intiera fialetta di poco più di un centim. cubico. Il giorno dopo la prima iniezione ho avuto in tutti gli ammalati un aumento febbrile che durava sei giorni: ma la febbre elevata perdeva il carattere di essere oscillante e qualche infermo mi diceva « sento che è una febbre diversa di quella che avevo ». Ho rilevato che negli ammalati nei qual :avevo intrapreso la vaccinoterapia al primo mese, la febbre dopo tre giorni la seconda iniezione scompariva del tutto. In alcuni di quelli nei quali avevo intrapreso tardi la cura col vaccino, cioè al 2° mese, la febbre scompariva pure, ma in altri rimaneva per un tempo variabile dagli 8 ai 20 giorni nelle ore pomeridiane da 37°.5 a 38, anch'essa poi scompariva. Questi ultimi casi in cui perdurò la febbre furono otto.

In nessun ammalato ho avuto ricadute.

Nell'iniettareil vaccino ho ritenuto solo controindicazione la temperatura elevata, e mi sono astenuto durante il periodo nel quale la temperatura si manteneva sui 40°. Invece ho fatto le iniezioni anche in casi con bronco-pulmonite secondaria e con albuminuria fino al 2 ‰ con rari cilindri ialini (non granulosi) e non ho avuto peggioramento nè nei fatti pulmonari, nè nei fatti tossico-irritativi renali.

In tutti gli ammalati mi sono astenuto di prescrivere l'antica dieta di fame di latte ed uova, invece ho aggiunto a questi, pastine in brodo, un po' di pane, qualche biscotto, carne bianca e frutta.

In conclusione su 74 casi di febbre mediterranea ho avuto vere e rapide guarigioni colla vaccinoterapia, la quale tanto più è efficace, quanto più precocemente è stata intrapresa.

Biancavilla (Prov. di Catania), li 26 agosto 1919.

Dott. SALVATORE SPAMPINATO.

ACCADEMIE. SOCIETÀ MEDICHE. CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 25 luglio 1919.

Osservazioni chirurgiche fatte all' Ambulance « Océan » La Panne (Belgio).

G. MASNATA. — L'O. riferisce sulle osservazioni cliniche che ha potuto fare, quale Capo della Missione Chirurgica Italiana nel Belgio, durante l'ultima offensiva (ottobre-novembre 1919) nell'Ambulanza Chirurgica « Océan » a La Panne, sotto la direzione del dott. prof. Depage di Bruxelles.

Richiama l'attenzione su alcuni dei più interessanti procedimenti che suole usare e specialmente si intrattiene:

1° *Sul trattamento delle ferite di guerra in generale.*

Metodo generalmente adoperato era l'asportazione globale della lesione (se possibile), la sterilizzazione delle piaghe residue col metodo Carrel, la sutura secondaria previo esame batteriologico sistematico delle piaghe.

2° *Sul trattamento delle ferite articolari.*

Largamente usato era il metodo Willems della mobilizzazione attiva, immediata delle articolazioni. Dimostra i vantaggi del metodo specie nella cura delle sinoviti purulente e dei versamenti traumatici endoarticolari.

3° *Sul trattamento degli amputati*.

Per essi era adoperata la mobilizzazione attiva, immediata, allo scopo di impedire l'atrofia muscolare, la rigidità articolare e l'atteggiamento vizioso del moncone.

L'O. si intrattiene quindi sul trattamento delle fratture esposte degli arti, sulla cura dei setticemici e dei tetanici, sul trattamento delle anemie acute post emorragiche e sulla ricerca dei proiettili col metodo Ombrédanne del controllo radiologico intermittente.

Loda l'organizzazione del servizio sanitario militare belga e la magnificenza degli impianti all'« Ambulance Océan » dovuta all'opera assidua altamente meritoria del direttore dott. prof. Depage.

Sindrome irritativa delle ultime radici spinali posteriori cervicali e delle prime dorsali di origine traumatica – Laminectomia – Guarigione.

G. MORONE. — In un caso di ferita transfossa trasversale della nuca con frattura parziale della 7ª vertebra cervicale, la lesione traumatica ha dato luogo ad una caratteristica sindrome di irritazione delle ultime radici spinali posteriori cervicali, a cominciare dalla IV c., e delle prime dorsali (1 D. a sinistra, 1 e 2 D. a destra), senza alterazioni a carico delle radici di moto e del midollo; assai intensi erano i dolori della base del collo, alla parte superiore dell'emitorace destro e ad entrambi gli arti superiori, con peculiare carattere causalgico alle mani; massima l'iperestesia cutanea, specie a sinistra.

L'intervento operatorio, praticato dopo 33 giorni dalla ferita, ha dimostrato frattura della 7ª apofisi spinosa, scheggiatura della lamina e dell'apofisi articolare sup. di sinistra della 7ª vertebra cervicale. Le radici sensitive di sinistra presentavano nella porzione intrameningea lesioni diverse (fini scheggie ossee in esse confitte, coaguli sanguigni interposti fra i filamenti della radice, dissociazione degli stessi filamenti, a sinistra; a destra solo una lieve tinta rosea del tratto distale). Il midollo era normale.

Estratte le scheggie, i coaguli ed escisa una lassa ganga di connettivo giovane avvolgente qualcuna delle radici di sinistra, si a chiuse sutura continua la incisione della dura madre e a strati le parti molli sovrastanti. Guarigione primaria della ferita. I disturbi presentati dall'infermo andarono gradatamente riducendosi, in senso centrifugo, fino a scomparire dopo circa due mesi e mezzo dall'operazione. Persistette solo per diverso tempo qualche fatto parestesico lieve alle dita della mano sinistra.

L'osservazione interessa per la peculiarità della lesione traumatica limitata alle sole radici di senso; per la dimostrazione di alterazioni irritative di queste dipendenti dal trauma, ma senza che fossero da esso direttamente interessate; per la guarigione sollecitamente ottenuta mediante l'intervento operatorio.

Contributo allo studio dei gruppi sanguigni.

R. CAVALIERI. — L'O., dopo aver esposto le attuali conoscenze sui gruppi sanguigni, le classificazioni più usate, e la distribuzione ed il numero delle agglutinine nei sieri e delle sostanze agglutinabili nelle emazie, espone le percentuali dei vari gruppi, da lui trovate su 139 casi esaminati, che sono concordanti con quelle trovate dal von Dungern ad Heidelberga e dal Moos a Baltimora. Queste percentuali sono simili nei due sessi. Ha ricercato su 137 ammalati se vi sieno rapporti tra l'appartenere ad un determinato gruppo sanguigno e predisposizione ad alcune malattie o gruppi di malattie, e — tenendo conto anche di ricerche analoghe di von Decastello e Sturli su 121 casi — ritiene non vi sia alcuna relazione tra questi due fatti.

Ha studiato la resistenza delle isoemoagglutinine al tempo, alla putrefazione, alla temperatura; il loro passaggio in essudati sierosi e purulenti, nei quali esse sono dimostrabili, ed anche nei transudati, nei quali pure si possono mettere in evidenza purchè la quantità di albumina non sia percentualmente troppo scarsa, essendo le isoemoagglutinine legate alle albumine del siero e precisamente alle globuline, come egli ha osservato col metodo della dialisi, della precipitazione con solfato di magnesia a 30°, della precipitazione frazionata col solfato di ammonio.

Ha studiato le varie fasi per cui passa la reazione agglutinante prima di diventare positiva e ha mostrato numerose grafiche dei rapporti tra diluizioni del siero, tempo, e fasi di reazione di alcuni sieri con soluzioni di sangue di vari gruppi — concludendo sul potere agglutinante differente dei vari sieri per uno stesso sangue e di un siero per sangui diversi, appartenenti ad un medesimo gruppo sanguigno ed a gruppi sanguigni differenti, probabilmente dipendente dal rapporto tra quantità di ognuna delle singole agglutinine del siero ed il gruppo agglutinabile corrispondente delle emazie.

Osservazioni cliniche ed istopatologiche sullo Xantoma tuberosum.

MAFFEI. — L'A. comunica un caso di Xanthoma tuberosum con localizzazione specialmente alle

natiche ed ai gomiti, chirurgicamente asportato, dove mette in evidenza due specie di grasso, il normale ed il patologico, che prendono differenti colorazioni col Sudan III°: il I° rosso vivo, il II° rosso mattone, e che pure differentemente si comportano all'esame col polarizzatore: monorifrangente il grasso normale, fortemente birifrangente quello patologico.

Note sulla pressione arteriosa.

E. MORELLI. — Nello studio della pressione arteriosa accanto alla misura della pressione sistolica ha assunto grande valore quella della pressione diastolica, specialmente per la interpretazione dell'arterospasmo. I concetti teorici sono però molto spesso contraddetti nell'applicazione pratica. La interpretazione sarebbe molto facilitata se si tenesse conto del tono della parete arteriosa. Con lo sfigmografo di Morelli che permette di scrivere le serie degli sfigmogrammi, da quando compaiono fino alla loro scomparsa, si vede un comportamento dell'arteria molto diverso nei diversi individui. Normalmente e negli ipotesi, le onde elastiche, il dicrotismo, si vanno sempre più accentuando quanto maggiore è l'altezza della colonna di mercurio comprimente il polso. Negli ipertesi invece non solo le onde elastiche non si accentuano, ma spesso vengono diminuendo fino a rendersi minime. Morelli attribuisce questo fenomeno al fatto che la muscolatura dell'arteria dell'arterospastico, facilmente eccitabile, compressa, irritata, dalla colonna di mercurio, aumenta il proprio tono, oppone maggior resistenza, per così dire si crampizza. È questo un sintomo prezioso dell'arterospasmo. In alcuni altri ipertesi anche con pressione massima e minima elevatissima, il sintomo non si presenta: si può in essi come negli ipotesi assistere all'accentuarsi delle onde dicrote. In questi casi l'arterospasmo è localizzato solo alla muscolatura delle piccole arterie e non in quella delle arterie medie, che perciò non subiscono l'irritazione da pressione aumentata. Tale essendo l'interpretazione si verrebbero a stabilire delle forme di ipertensione diverse a seconda del tratto arterioso spasmizzato. E ciò ha importanza non solo dottrinale ma anche pratica, poichè uno spasmo della muscolatura delle medie arterie opponendosi alla dilatazione elastica per l'ondata sanguigna sistolica, diminuendo il letto arterioso, obbligherebbe il cuore a molto maggior lavoro. Non solo, ma la mancata dilatazione della media arteria creando una stenosi relativa renderebbe meno forte la pressione sanguigna nel tratto al di là del punto stenosato cioè diminuirebbe lo sforzo utile che il cuore esplica in contrasto con le arteriole pure spasmizzate. La coesistenza insomma dello spasmo della media arteria con lo spasmo dell'arteriola aggrava fortemente il danno.

Lo studio degli spasmi arteriosi localizzati, la loro coesistenza o alternanza dimostrerà varie forme di arterospasmo.

Morelli dimostra numerosi sfigmogrammi di individui normali, di ipotesi e di ipertesi, nei quali il comportamento delle onde di elasticità è nettamente diverso anche a parità di pressione sistolica e diastolica.

Ricerche sperimentali sull' ittero ematogeno.

CESARE SORMANI. — L'O. studia la biligenesi, la colemia e la coluria su cani operati di fistola biliare (lavori di Tarchanoff 1874, e di Gilbert, Chabrol e Bénard 1911); in altra serie di cani (operati di fistola di Eck col metodo Perroncito e sottoposti poi alla legatura dell'arteria epatica, alcuni dei quali avvelenati con idrogeno arsenicale, altri trattati con iniezione endovenosa di emoglobina) studia se è possibile produrre un ittero essendo soppressa la funzione epatica (lavori di Minkowski e Naunyn 1886, di Whipple ed Hooper 1913, di Mc. Nee 1913 e 14).

Dai risultati da lui ottenuti conclude che il fegato è necessario per la trasformazione dell'emoglobina in bilirubina (non però per opera delle cellule di Kupffer), negando così la possibilità di un ittero puramente ematogeno e ritiene che i pigmenti biliari, formati in eccesso dal fegato in seguito alla anormale emoglobinemia, vengano versati già come tali nel circolo ed eliminati poi colle urine.

Seduta del 25 luglio 1919.

Intorno ad alcune complicazioni meno comuni della mastoidite acuta.

G. VERGA. — Ha avuto occasione di operare una trentina di mastoiditi acute in militari e di osservare talune complicazioni tra le quali crede di dover segnalare come meno comuni le due seguenti:

1. Una paralisi del nervo facciale insorta, senz'altra causa apparente, durante la mastoidite e decorsa a guarigione in seguito all'atto operativo;

2° Una grave emorragia da erosione della carotide interna dovuta verosimilmente alla introduzione nell'orecchio di liquidi fortemente caustici.

Intorno al comportamento farmacologico di alcuni composti iodoorganici.

A. PATTA. — L'A. partendo da conoscenze già acquisite relative alla attitudine di alcuni composti organici di iodio a fissarsi nei tessuti animali, si è

proposto di determinare se ed in quali condizioni, nei singoli organi si liberasse iodio ionico dalle molecole dei composti stessi. I composti studiati furono la saiodina, la lipoiodina, la iodostarina.

In seguito ad aggiunta di saiodina o di lipoiodina ad estratti di organi in soluzione fisiologica tenuti a digerire per periodi di tempo diversi non si è mai potuto dimostrare la scissione dei composti con liberazione di iodio: con la iodostarina invece la scissione avviene anche dopo poche ore di digestione. La quantità di J. che si scinde non supera un sesto della quantità contenuta nel composto aggiunto. Non si osserva alcuna differenza nella attività di scissione per organi di specie animali diverse. La maggiore attività si rileva nel fegato; seguono i muscoli, i reni, la milza, l'intestino, il pancreas. Scarsissima l'attività dello stomaco, nulla quella del polmone, apprezzabile quella del sangue. La scissione della iodostarina è indipendente da processi putrefattivi manifestantisi negli estratti. Essa si conserva anche quando l'estratto sia portato a 60°. Attivando le ossidazioni con una corrente di O si constata diminuzione notevolissima nella capacità di scissione, mentre nessuna differenza si rileva per estratti saturati con CO^2.

L'A., esposti questi risultati, chiarisce come ed in quale misura essi confermino e completino le precedenti conoscenze circa il comportamento dei tre composti studiati.

Sulla natura della cellula luteica.

E. BRUGNATELLI. — L'A., mediante culture alla Carrel di ovaio di coniglio in istato di attività (calore, primi tempi della gravidanza), esaminato anche in sezione con le modalità tecniche suggerite da Veratti, osserva che si assiste allo sviluppo, nel materiale di cultura, di elementi che presentano i caratteri della cellula luteinica e della interstiziale (aspetto epitolioide, granulazioni birifrangenti, granulazioni lipoidee delle quali alcune colorabili col Ciaccio in foto, altre solo alla periferia, coll'azzurro Nilo ora rosee ora bluastre, granulazioni colorabili vitalmente col rosso neutro).

Riferendosi alle precedenti ricerche di Veratti il quale in culture di tessuti adulti (normali o sottomesse a varii stimoli), mise in evidenza, accanto alla scomparsa degli elementi di origine epiteliare, lo sviluppo di elementi di origine avventiziale; l'A. mette in relazione queste cellule con quelle che si sviluppano dall'ovaio.

L'A. trae dalle sue osservazioni la conclusione che le cellule luteiniche sono di origine comune con le cellule interstiziali e sono una particolare differenziazione di elementi diffusi nell'organismo, di probabile origine avventiziale. A. G.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Disturbi vescicali da ossaluria.

L'acido ossalico è escreto normalmente con l'urina nella quantità di 15-20 mgr. giornalieri, principalmente sotto la forma di ossalato di calcio, che è mantenuto in soluzione per la presenza dei fosfati acidi. L'origine principale dell'ossalato di calcio dell'urina è costituita dagli alimenti, specialmente dalle verdure e dalle frutta. Esso non è facilmente decomposto ed una gran parte dell'ossalato ingerito passa attraverso l'organismo senza alcuna modificazione. Buona parte degli ossalati contenuti negli alimenti sono trattenuti nel tubo digerente dove sono decomposti per attività batterica. Solo una piccola proporzione degli ossalati è prodotta dal metabolismo organico.

Prout e Golding-Bird definirono l'ossaluria una diatesi accompagnata da aumento dell'eliminazione di ossalati per l'urina. La sindrome clinica somiglia in molti punti a quella della neurastenia: irritabilità, debolezza, depressione, diminuzione dell'energia, dolori reumatoidi ai lombi spesso accompagnati da disturbi vescicali. Ulteriori studi dimostrarono che la presenza di grandi quantità di ossalati nell'urina non prova che l'escrezione dell'acido ossalico è aumentata, per modo che il termine di ossaluria va ora assegnato a quello stato particolare, nel quale gli ossalati anche quando attraversano il rene in quantità normali non possono mantenersi in soluzione nell'urina. Ed i disturbi inerenti sono provocati dall'azione meccanica dei cristalli a superficie angolosa sulle mucose delle vie urinarie. Ma rimane sempre da accertare perchè in alcuni individui gli ossalati rimangono sciolti ed in altri no. Al riguardo si sa solo che i fosfati acidi ed il magnesio favoriscono la solubilità degli ossalati, mentre il calcio ne determina la precipitazione. Per quel che riguarda il rapporto tra l'acido ossalico ingerito con gli alimenti e la quantità di ossalati escreti con l'urina, bisogna notare che l'assorbimento dell'acido ossalico è favorito dall'acido cloridrico del succo gastrico. Per modo che se si neutralizza l'acidità gastrica l'ossaluria non aumenta anche con una alimentazione ricca di ossalati.

La efficacia degli alcalini nella cura dell'ossaluria è illustrata da Matzfeldt (*Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 1919, 15 maggio), il quale potette saggiarne la efficacia nel caso se-

guente. Una donna di 28 anni, fin dalla fanciullezza soffriva di minzione frequente e di qualche incontinenza. Con l'andar del tempo cominciò ad avvertire altri disturbi: stanchezza, irritabilità, dolori lombari e nelle articolazioni, coliche renali che cessavano con l'emissione di piccoli calcoli. Questi disturbi si manifestavano periodicamente, ma i disturbi a carico della vescica persistevano tanto che si pensò alla presenza di un calcolo in vescica. Tutte le cure rimasero inefficaci. La paziente intanto diventava sempre più nervosa. Le urine di aspetto normale non contenevano nè pus, nè albumina.

La diuresi era anche normale. La somministrazione di bromuri apportò solo un leggero miglioramento. Ad un esame fatto qualche tempo dopo si riscontrarono nel sedimento centrifugato numerosi cristalli di ossalato di calcio. Si consigliò pertanto una dieta senza ossalato e una cura di alcalini.

Furono proibiti il the, il cacao, le verdure (patate comprese) ed i frutti, ed anche, tenuto conto della loro ricchezza in calcio, il latte e le uova. Dopo una settimana tutti i disturbi scomparvero ad eccezione dello stato di astenia. La donna tentò di ritornare alla dieta ordinaria ed i primitivi disturbi ricomparvero. Dovette così attenersi alla dieta rigorosa già prescritta ed alla cura degli alcalini. Stava così bene, ma bastava la ingestione di un solo bicchiere di latte perchè ritornassero i disturbi vescicali.

dr.

Complicazioni vescicali nel trattamento della tifoide con urotropina.

L'uso dell'urotropina, per il trattamento della febbre tifoide, è stato proposto da Richardson nel 1899, e trovato in seguito utile da molti altri, che hanno osservato con esso la diminuzione della durata, l'acceleramento della defervescenza nello stato anfibolo, l'aumento di secrezione urinaria.

H. Roger (*Paris médical*, 20 giugno 1919) in un ammalato, da lui trattato con urotropina, a dosi da gr. 1.50 a 6, non solo non ha notato alcun acceleramento della defervescenza, che ha continuato assai a lungo, ma ha osservato che l'uso di tale rimedio non ha impedito una ricaduta particolarmente grave. Essa poi ha determinato disturbi urinarii, dolorosi, se non gravi, consistenti dapprima in leggera albuminuria e pollacuria; in seguito, le minzioni si sono fatte numerosissime e dolorose, l'albumina oltrepassava 3 ‰, e l'urina conteneva molti leucociti. La cistalgia e l'albuminuria sono persistite 5-6 giorni dopo la sospensione del medicamento: non si sono invece verificate somministrandolo per iniezioni ipodermiche.

Non è la prima volta che vengono segnalati disturbi urinarii consecutivi alla somministrazione di urotropina. In complesso, essi possono consistere in: a) *albuminuria leggera semplice*, probabilmente data da pseudo-albumina; b) *ematuria*, poco abbondante, accompagnata da albuminuria (0.5 ‰) ma senza cilindri ematici; vi sono dolori piuttosto vivi alla minzione; c) *cistite*: caratterizzata da sensazione di calore e dolore vescicale, pollacuria, urina con numerosi leucociti, cellule vescicali, rare emazie, albumina (3 ‰), assenza di cilindri.

La patogenesi di questi disturbi va riferita con tutta probabilità alla formaldeide, che si mette in libertà in vescica; perchè essi si verifichino, però, sono necessarie condizioni speciali, fra cui ha importanza la quantità di formaldeide; da ciò l'inconveniente delle dosi forti e dei preparati di cattiva qualità. Vi influisce anche il modo di somministrazione, che deve essere a piccole dosi, accompagnate da notevole quantità di liquido. Alcuni autori ammettono l'importanza dell'acidità urinaria e della idiosincrasia.

Tuttora discusso è il punto di partenza della albuminuria e dell'ematuria. La presenza di albumina starebbe in favore dell'origine renale, mancano però i segni di irritazione del rene specialmente i cilindri; d'altra parte talvolta l'albumina in questione è stata identificata col corpo mucoide, di origine probabilmente vescicale; inoltre la provenienza vescicale sarebbe dimostrata da molti fatti (minzioni dolorose, presenza di cellule vescicali, ecc.). Le autopsie praticate da qualche autore hanno messo in evidenza lesioni congestive della vescica, desquamazione superficiale dell'epitelio, suffusione sanguigna (specie al basso fondo vescicale) che era il punto di partenza dell'emorragia.

Occorre tener presenti questi fatti per impedire gli inconvenienti ed interrompere in tempo debito l'uso del rimedio.

fil.

Diuretici decloruranti.

Ve n'ha uno solo di attivo ed è la teobromina, che va continuata per un mese di seguito, in caso di edemi, e poi ancora a lungo, prendendola a periodi di cinque giorni ed alternando cinque giorni di riposo.

Fra le associazioni medicamentose, solamente due sono di efficacia riconosciuta, la caffeina e la scilla:

Teobromina . . . cg. cinquanta
Caffeina . . . . . » cinqne

per una carta: da 2 a 3 al giorno: indicata per i depressi con funzione cardiaca insufficiente.

Teobromina . . . cg. cinquanta
Polvere di scilla . » cinque-dieci

per una carta: 2-3 al giorno. La scilla è un diaretico azoturico, mentre la teobromina elimina i cloruri.

(*Fiessinger*). *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'appendice umana.

Poichè nessun organo è privo di significato fisiologico e di funzione, così l'appendice, organo linfoide, deve (sostiene C. Peter nel *Munchener med. Woch.*, 1918, n. 48) esercitare una funzione importante.

Non possiamo ammettere che l'appendice sia un organo rudimentale, come taluni affermano: per ammettere che lo fosse si dovrebbe dimostrare che gli antenati disponessero di un cieco più lungo, poi nel corso della filogenesi, ne sarebbe diminuita la lunghezza, l'apice si sarebbe assottigliato costituendo l'appendice.

Gli studi del Muthmann ora dimostrano come in classi completamente diverse di mammiferi si trovino enormi variazioni nello sviluppo del cieco, cosicchè non si può parlare di una derivazione negli uni dagli altri: il Muthmann sospetta anche che il cieco abbia eventualmente da sostituire lo stomaco e conclude affermando che con l'anatomia comparata non si può dimostrare che gli antenati dell'uomo possedessero un cieco più lungo.

Altra prova portata in favore del concetto della regressione dell'organo in questione, è quella dell'essere l'appendice e il cieco nel feto relativamente più grandi che nell'adulto: ma anche il cervello ha uno sviluppo maggiore: è forse desso considerato rudimentale?

Nè dai rapporti fra la lunghezza del processo vermiforme e quella del restante intestino si può desumere una prova della sua regressione: il processo vermiforme non è quindi una formazione rudimentale.

Ed allora quale funzione esplica? Il Muthmann partendo dalla speciale struttura linfoide della mucosa, parla di una *tonsilla cecale* a cui oppone la *tonsilla iliaca* (all'estremo inferiore dell'ileo) e la *tonsilla ileocecale* (all'orificio ileo-cecale del crasso).

E ben studiando la situazione dei follicoli rispetto al lume intestinale, ben studiando la fine struttura del cieco, ci convinciamo che l'appendice va, a buon diritto, messa fra gli organi che Jolly appella linfoepiteliali, come sono il timo, gli apparecchi linfoidi dell'intestino del coniglio, ecc., organi però di attività sconosciuta.

Il cieco costituisce quindi un organo linfoepiteliale: con l'età esso perde il suo carattere linfoide; ha terminata la sua funzione e regredisce: nulla dimostrano contro l'esistenza di funzioni dell'appendice, il fatto che si può asportare l'appendice senza danno e il fatto della frequente affezione, in quanto tolta essa, altri apparecchi linfoidi ne sostituiscono l'attività, ed inoltre in quanto per lo più viene estirpata in individui di età avanzata, nei quali il compito fisiologico è già diminuito.

L'appendice dell'uomo, insomma, non è un organo privo di funzione, rudimentale; non è da considerare rudimentale perchè l'anatomia comparata non fornisce alcun punto d'appoggio; non è privo di funzione perchè possiede una struttura ben determinata, la quale rivela una funzione specializzata benchè non ci sia nota nei particolari; appartiene ai linfoepiteliali i quali forse hanno importanza per la crescita dell'individuo.

r. m.

IGIENE.

L'autodepurazione biologica dei rifiuti domestici e stradali.

La depurazione biologica dei liquami di fogna è ormai entrata nella pratica corrente ed è largamente usata con risultati che nei grandi impianti bene sistemati e sorvegliati sono soddisfacenti. Più difficile e non ancora risolto è invece il problema dello smaltimento dei rifiuti solidi, domestici e stradali, che, nelle soluzioni finora adottate rappresenta un grave onere per i bilanci municipali. In generale tali rifiuti, dopo una cernita vengono bruciati: distruggendo così un materiale, che potrebbe essere utilizzato altrimenti, mentre la quantità di prodotti secondari, che si possono ricavare è affatto minima, in confronto delle spese che si debbono sostenere.

Impianti di tal genere, poi non sono possibili che in grandi città, in cui i servizi sono ben organizzati, mentre invece nei piccoli centri, i rifiuti vengono semplicemente allontanati ed ammassati in cumuli, che soggetti poi a fermenta-

zioni costituiscono un grave inconveniente ed un serio pericolo per l'igiene.

Il prof. G. Gasperini, basandosi sopra accurati studi da lui fatti sulla fermentazione letamica, ha potuto applicare con successo le celle zimotermiche Beccari. Queste consistono in stanzette in muratura, intonacate con cemento, della capacità di circa 20 mc.; sono provviste di aperture, a perfetta chiusura per il carico e lo scarico. Il fondo è fatto a griglia, in modo da permettere lo scolo dei liquidi in apposito pozzetto e l'aereazione della massa. I gas, che si formano nella fermentazione, arrivano ad una torretta, dove si trovano dispositivi per la loro utilizzazione o fissazione, in modo che all'esterno non si spande nessun cattivo odore.

In queste celle, il materiale subisce una serie di fermentazioni, che l'A. ha studiato accuratamente e sistematicamente; la temperatura della massa sale in pochi giorni a 60°-70°; corrispondentemente varia la flora microbica, che, nei primi giorni in cui prevalgono i fenomeni di putrefazione, è costituita dai liquefacenti, fluorescenti, protei, mesenterici, ecc., ed in seguito si fa quasi esclusivamente di termofili di cui l'A. ha isolato diverse specie nuove. I germi patogeni non resistono in questo ambiente, tanto che al 21° giorno le prove biologiche e colturali rimangono negative, anche per il carbonchio, artificialmente introdotto. Il materiale, sotto l'azione dei microrganismi e della temperatura, si trasforma, ed anche i composti cellulosici subiscono la degradazione; sicchè, dopo un soggiorno di circa 40 giorni, i rifiuti non presentano più alcun pericolo dal lato igienico, e costituiscono un ottimo materiale fertilizzante per l'agricoltura.

Il sistema è applicabile non solo in grande, per le città popolose, per le quali rappresenta anche una notevolissima economia nell'impianto e sopratutto nel funzionamento, ma è anche perfettamente utilizzabile per i piccoli centri e per le piccole case degli abitati rurali.

Per questi costituisce un beneficio inestimabile, provvedendo così in modo pratico e non dispendioso, ad una delle più imperiose necessità igieniche, di cui maggiormente si sente il bisogno nelle campagne, dove troppo spesso i mucchi di letame e di immondizie, ammorbando l'aria, inquinano le acque, fornendo il *pabulum* a miriadi di insetti, costituiscono un grave pericolo per l'igiene (1). *fil.*

(1) La interessante memoria dell'A. che contiene anche molti particolari di tecnica, è stata estratta dagli atti dei Georgofili e publicata a Firenze dalla Tip. Ricci.

VARIA.

Un debito verso i fisiologi. — Una interessante conferenza tenuta dal prof. E. H. Starling (*British Medical Journ.* del 21 luglio 1919) tratta della politica alimentare inglese durante la guerra.

Lo Starling presiedette il Comitato alimentare bellico della Società Reale Britannica, il quale compì un'opera magnifica e seppe utilizzare le competenze nei campi più svariati: vi cooperarono fisiologi, clinici, statisti, agricoltori, ecc. Inoltre egli fu uno dei consulenti del Ministero inglese degli Approvvigionamenti e rappresentò l'Inghilterra presso la Commissione scientifica interalleata per l'alimentazione. Egli è dunque a perfetta cognizione degli eventi. I fatti che lo Starling espone sono della più alta importanza. Forse ne sono dipese le sorti della guerra. In quanto che il collasso improvviso degli Imperi centrali venne quasi certamente determinato in parte dalle loro deficienze alimentari ed in parte dalla buona nutrizione dei popoli alleati: senza di ciò nè montagne di munizioni, nè abilità di strateghi sarebbero valse, probabilmente, a vincere ancora la guerra.

Durante i primi tempi delle ostilità gli aspetti fisiologici del problema alimentare non ricevettero dai circoli ufficiali inglesi l'attenzione che avrebbero meritato; vi fu un momento in cui parve dubbio che le opinioni dei competenti avrebbero prevalso. Non è l'ultimo dei titoli acquistati alla gratitudine dell'Inghilterra e degli alleati dal ministro inglese degli approvvigionamenti, visconte Rhondda, la buona volontà da lui dimostrata nel lasciarsi guidare dall'opinione dei competenti. Potrà sembrare un paradosso, ma emerge ormai sempre meglio la nozione che le sorti della guerra furono decise in riunioni di scienziati, le quali nulla avevano da fare con le operazioni militari o col munizionamento!

La Germania ufficiale aveva compreso, molto tempo prima, che la guerra sarebbe stata vinta dalle « calorie » fornite alla macchina umana e redasse, al riguardo, un piano offensivo e difensivo di operazioni: ma questo piano si dimostrò fallace.

La Germania non seppe o non potè applicare principii scientifici ineccepibili.

Esempi. In Germania si dette molta importanza all'alimentazione carnea, e per assicurarla, si credette di non dover intaccare le scorte di bestiame: alla fine della guerra il bestiame

cornuto era più numeroso che al principio. Ma gli animali sono cattivi *convertitori* di energia dal punto di vista dell'alimentazione umana: essi determinano un forte sperpero: consumano incomparabilmente più di quanto non rendano in calorie. Non solo, ma date le deficienze alimentari, il bestiame, troppo abbondante, rimase denutrito e andò deteriorandosi: forniva carne scadente, niente grasso, scarso latte; anche il suo potere di lavoro risultò molto ridotto. In particolare la deficienza di grasso si fece molto sentire in Germania: fu la causa precipua degli « edemi da fame ».

Invece nell'Inghilterra non si esitò a ridurre il patrimonio zootecnico in modo notevolissimo, sovratutto quello bovino; così molti cereali poterono essere distolti dal consumo animale e riservati all'uomo, con rendimento molto superiore; al tempo stesso, il bestiame mattato fornì sempre carne in abbondanza; gli animali, perchè ben nutriti, fornirono il grasso necessario. Si incontrarono, è vero, non poche nè lievi difficoltà, determinate dalle vive opposizioni degli agricoltori ad assottigliare il proprio *patrimonio vivente;* se non fosse intervenuta la resa, probabilmente queste difficoltà si sarebbero ancora notevolmente aggravate; ma si riuscì sempre a superarle. Solo in principio del 1918 si ebbe una temporanea carestia di grasso; ma in genere, poterono essere soddisfatti i *desiderata* di offrire 16 once di grasso e 2 libbre di carne per settimana e per abitante.

In Germania i fisiologi consigliarono di scendere a razioni alimentari bassissime, in base a principii scientifici falsi o non sufficientemente provati, sul bisogno di proteine e di calorie. Ne derivò il risultato di una denutrizione generale, rivelataci dall'aumento notevole di mortalità per tubercolosi e della mortalità in generale, dagli edemi da fame, ecc., ecc. Si tesserarono tutti gli alimenti: fu questo un sistema irrazionale, in quanto che esso venne a considerare alla stessa stregua gl'individui forti e quelli deboli: sacrificò i primi, che necessitano di maggiore quantità di cibo, a benefizio dei secondi. (Anche l'Italia non ha avuto troppo a rallegrarsene).

Nell'Inghilterra invece si insistette perchè di alimenti ci fosse sempre abbondanza limitandosi a favorire il consumo dei surrogati. E si ottenne che, nell'utilizzazione del tonnellaggio, le munizioni da bocca avessero la preferenza su quelle per le armi da fuoco. In particolare si richiese che di alcuni alimenti indispensabili ci fosse sempre abbondanza, evitandone il tesseramento, così da poter fornire a ciascuno la quantità che l'istinto indica come *indispensabile* e così da poter costituire una « riserva elastica » di energia.

Ciò si dica in primo luogo per il pane: l'unica misura adottata nei riguardi del pane fu di renderlo meno appetitoso, così da evitarne uno sciupio voluttuario.

Quale risultato di queste misure, il popolo inglese continuò a consumare per tutta la durata della guerra 3400 calorie circa, come prima della guerra.

Non erano mancati, in Inghilterra, dei tentativi diretti ad avviare il consumo alimentare sulla stessa falsa strada seguita in Germania. Si dovette sostenere un'aspra lotta per far prevalere i principî che oggi, come ci spiega lo Starling, paiono quasi assiomatici.

Anche negli altri paesi dell'Intesa si è stati molto avveduti nel limitare il consumo alimentare. In Italia fu molto criticata l'opera del Baglioni, relativa al razionamento delle truppe: eppure essa manteneva la razione di proteine tre volte più elevata del *minimum* indicato dal Chittenden e forniva molto più calorie di quelle indispensabili. L'unica critica ragionevole a riduzioni così prudenti, ci sembra quella formulata dal Gley in Francia: ossia non si è tenuto conto degli sperperi inevitabili, i quali riducono di molto la razione *effettiva;* ma sarebbe compito così dei servizi logistici dell'Esercito, come del Commissariato civile per l'alimentazione, il prevederli e il provvedere.

È sperabile che l'esempio fornitoci nel campo dell'alimentazione collettiva venga imitato in altri campi delle pubbliche amministrazioni: che, col tempo, queste si lascino tutte guidare da competenze scientifiche.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

HARE H. A. *A text book of Practical therapeutics.* (Lea and Febiger. Filadelfia 1918. Sc. 5.50 17ª ediz. 1918).

La letteratura medica di tutti i paesi è ricca di manuali di terapia: essi rispondono ad un bisogno del medico pratico, ma raramente ne soddisfano il desiderio, poichè in un argomento di carattere pratico, legato indissolubilmente a conoscenze scientifiche di indole le più svariate, è facile eccedere con lusso di particolari, che vanno a discapito della chiarezza, o essere insufficienti, per amore di troppa semplicità. Il libro di Hare è alla 17ª edizione

per il modo come esso è stato concepito, per la misura tenuta nello svolgimento dei singoli capitoli.

La prima parte è un breve trattato di farmacologia, con nozioni generali sui medicamenti, con una trattazione di ciascun rimedio breve, ma ricca di dati scientifici e pratici: armonicamente le nozioni sono distribuite e legate sì da renderne utile piana e facile la lettura.

Ma la terapia moderna del malato non si limita all'uso dei soli medicamenti: l'A. fa seguire due capitoli, magistralmente compilati, uno sugli ausilî curativi dalle antitossine, ai vaccini, dai filacogeni, ai sieri, dai presidî fisici (bagno, stasi, cauterizzaz.), ai mezzi di tecnica medica (ipodermoclisi, fleboclisi, rettoclisi, inalazioni, lavaggi gastrici, salasso, ecc.); l'altro sulla nutrizione del malato, necessaria in un libro di terapia, che nell'alimentazione trova spesso uno degli aiuti più forti, più miracolosi. La terza parte è armonica col resto del libro, ma comune a tanti altri trattati di terapia: le malattie sono disposte per indice alfabetico e le indicazioni curative esposte con criterî di selezione, rivolti alla pratica diretta.

Edizione accurata, su carta di lusso; belle illustrazioni.

t. p.

PRON L. *Formulaire thérapeutique des maladies du tube digestif*. Un vol. in-16, di 109 pag. Maloine e F. ed. Parigi. Prezzo L. 3.

La terapia del tubo digerente è qui in breve riassunta, con una scelta di trattamenti e di ricette, basate sulla lunga pratica dell'A., che su questa parte della medicina ha già pubblicato diversi volumi speciali.

La consultazione del libretto che presentiamo sarà apprezzata dal medico pratico, che ha frequentemente occasione di trattare malattie del tubo digerente, e che troverà qui molti consigli utili.

fil.

CH FIESSINGER. *Le traitement médical des maladies des reins en clientèle*. Un vol. in-16, di pag. 309. A. Maloine et fils ed. Parigi. Prezzo L. 6.

L'A. tratta soltanto le malattie mediche del rene, a proposito delle quali trascura le vedute teoriche, l'ingombrante congerie dei diversi metodi analitici e degli svariati consigli terapeutici, e lasciando solamente ciò che la pratica medica ha dimostrato realmente utile.

Il volume si occupa dapprima dei metodi analitici e di esplorazione che si fanno correntemente, passa poi al trattamento generale ed a quello dei singoli sintomi e delle diverse malattie.

Largamente si diffonde l'A. sulle uremie, sulle albuminurie e sulle pielonefriti, per dare sempre utili consigli, che scaturiscono principalmente dalla sua esperienza personale.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

LUMBAU SALVATORE: Istituto Antirabbico di Sassari. Relazione 1911-1917. — Sassari, 1918.

CAVAZZANI EMILIO: I cristalli stellariformi del fosfato ammonico-magnesiaco dell'urina ed il loro valore per lo studio preliminare del ricambio del magnesio. — Napoli, 1918.

PINCHERLE MAURIZIO e POLLIDORI ANDREA: Sulle sindromi spasmofiliche familiari dell'infanzia. — Firenze, 1918.

FINI MARIA INES: Porpora vaccinica locale. — Bologna, 1918.

BARDUZZI DOMENICO: Sulle vaccinodermie o vaccinidi. — Siena, 1918.

BARDUZZI DOMENICO: La cura rapida dell'acariasi, praticata da un ventennio. — Siena, 1918.

FEDERICI NICOLINO: Complicanze chirurgiche dell'attuale influenza. — Milano, 1918.

MARCHETTI ALAJMO: La difesa sociale contro il tracoma. Stato attuale della questione. Provvedimenti che s'impongono. — Girgenti, 1919.

SPALLICCI ALDO: Ricerche intorno alla così detta « febbre da sale » nei lattanti. — Firenze, 1918

MARCHIAFAVA ETTORE; Sulla recente epidemia di influenza in Roma (Relazione). — Roma, 1918.

ORTALI CESARE: La funzione profilattica dei Dispensarî celtici militari. — Napoli, 1918.

MENGHETTI SILVANO: La trombosi delle piastrine nel trattamento delle ferite vasali. — Firenze, 1918.

LITVAK ABRAMO: Contributo allo studio dell'automatismo midollare. — Firenze, 1919.

ALOI VINCENZO: Sul meccanismo d'azione del cloroformio. Nota 1ª. Azione sul ricambio materiale. — Napoli, 1918.

NERI GIOVANNI: Associazione Padovana contro la tubercolosi. Dispensario antitubercolare 1915–1918. — Padova, 1919.

VALTORTA FRANCESCO: Bisogna salvare i bambini. — Padova, 1919.

BRUCHI I.: Il primo caso di tricobezoar osservato e operato in Italia. — Napoli, 1918.

GIORDANO D.: Riflessioni sopra una osservazione di localizzazione tubercolare dopo lieve trauma. — Napoli, 1918.

ALFIERI EMILIO: Proposta di un nuovo metodo per la sterilizzazione tubarica temporanea. — Milano, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medical surprises in Italy.

È questo il titolo di una conferenza letta alla *Medical Society* di Portland dal dottor Ulysses Moore, venuto in Italia come ufficiale medico con le truppe americane. La conferenza ha dovuto suscitare molto interesse negli Stati Uniti a giudicare dal fatto che essa è stata pubblicata in parecchi giornali nord-americani, e tra l'altro nel diffuso giornale politico *Sun* e nel *New York Medical Journal*.

Il dottor Moore esprime molta meraviglia per le cose viste. Egli ha visitato Milano, Firenze, Roma, Venezia, Genova e Napoli, ed in queste città ha osservato cose, egli scrive, che gli hanno svelata con una sorpresa stupefacente la importanza degli stabilimenti sanitari d'Italia. Prima della guerra i medici americani frequentavano, conoscevano bene ed apprezzavano gli ospedali di Berlino, di Friburgo, di Vienna, poco sapevano degli ospedali di Francia e d'Inghilterra, e visitavano l'Italia solo per le sue bellezze naturali e per il suo interesse storico. La guerra ha permesso loro di constatare che in Italia gli istituti scientifici, le cliniche, gli ospedali generici e quelli specializzati sono tali da poter non solo degnamente competere con altri popoli, ma in molte cose sopravanzarli.

Dopo di che il Moore fa una dettagliata esposizione di quanto ha osservato negli istituti visitati. Afferma che nè in America, nè in Francia, nè in Inghilterra c'è un ospedale che per la sua grandiosità, per la sua organizzazione perfetta superi l'Ospedale Maggiore di Milano. L'Ospedale Saint Louis è ritenuto il più perfetto ospedale del mondo per le malattie della pelle, ma sotto certi riguardi è inferiore all'analogo reparto dell'ospedale di Milano. È nelle specializzazioni che eccelle l'organizzazione italiana. L'ospedale dei rachitici dimostra che il tecnicismo dei medici italiani è pari al genio dei suoi grandi inventori. Gli americani apprezzavano l'Italia per il telegrafo senza fili di Marconi, per gli areoplani di Caproni, per i motori della *Fiat*; ora possono apprendere che gli italiani non sono meno geniali in altri campi. Milano possiede il primo brefotrofio del mondo, il primo ospedale per le malattie del lavoro, che costituì il modello per gli istituti analoghi di New York, di Filadelfia, di Pittsburg.

La visita alle altre città italiane non è stata meno interessante e meno sorprendente. A Firenze come a Venezia, a Roma come a Napoli ed a Genova il dottor Moore ha potuto sincerarsi che i medici italiani sono all'avanguardia di ogni progresso scientifico. A Roma ha ammirato la sapiente organizzazione dell'ospedale dei bambini, diretto dal prof. Valagussa, a Napoli, il dottor Caronia gli ha dimostrato praticamente come siano curati gli studi di patologia esotica e di profilassi delle malattie infettive, a Genova ha potuto ammirare la sapiente organizzazione della lotta antitubercolare, di cui è anima il dottor Poli.

Il dottor Moore, entusiasmato, raccomanda ai suoi colleghi di visitare l'Italia, dove molto potranno apprendere, e molto potranno modificare le loro opinioni sulla importanza del movimento scientifico in Italia. Ritiene infine che un più attivo scambio intellettuale potrebbe riuscire molto vantaggioso ai due paesi.

Le sorprese e le meraviglie del dottor Moore non ci meravigliano. Come non ci meravigliano i suoi entusiasmi per la scienza italiana. Che l'Italia nel campo medico avesse fatto progressi enormi lo sapevamo, e sapevamo pure che di questi progressi non c'eravamo accorti che noi italiani soltanto, e forse non tutti fra noi.

Nessuna meraviglia dunque che il dottor Moore si sia meravigliato di trovare che in Italia, proletaria fra le nazioni, il progresso medico segna un ritmo uguale a quello di altre nazioni e per certi rapporti anche più accelerato.

Noi esibiamo così poco il nostro valore, la nostra cultura, la nostra scienza che a chiunque venga di fuori può capitare di scoprire qualche cosa.

Il dottor Moore ha creduto di scoprire l'Italia medica visitando soltanto alcuni, pochi degli stabilimenti sanitari, dove l'ingegno, il lavoro, la costanza di egregi colleghi ha potuto avere ragione della indifferenza, se non della ostilità, del gran pubblico e dei pubblici poteri. Quali sarebbero state le sue sorprese, le sue meraviglie, i suoi entusiasmi se avesse completate le sue oservazioni?

Che cosa avrebbe egli detto ai suoi conterranei se avesse visitato l'Istituto Rizzoli di Bologna, il Policlinico di Roma, i manicomî di varie città d'Italia? Che cosa egli avrebbe detto se avesse saputo che non c'è scoperta fondamentale della medicina, alla quale non sia legato come precursore il nome di un italiano?

Ma niuna colpa possiamo noi fare agli stra-

neri se non siamo conosciuti, se non siamo giustamente apprezzati. Nè possiamo muovere rimprovero al dottor Moore per le sue sorprese, anzi dobbiamo essergli grati di essere stato un osservatore cortese benchè mal prevenuto, dobbiamo essergli grati per aver confessate le sue meraviglie e proclamati i suoi entusiasmi.

Il *Sun* commentando l'articolo del dottor Moore scrive: « L'Italia non è giudicata in America con giustizia perchè non è, come dovrebbe essere, conosciuta e perchè, quando la si conosce, non tutti sono abbastanza galantuomini da proclamare la verità, non solo in riguardo ai *medical achievements,* ma in tutte le attività ».

Ed è vero. Ma non è men vero che non tutto noi facciamo per essere conosciuti, anzi facciamo di tutto per essere misconosciuti.

La nostra produzione scientifica, i nostri progressi in materia di organizzazioni sanitarie dovrebbero essere fatte conoscere al mondo a mezzo della stampa medica. Ma dei nostri periodici solo pochi possono sostenere il confronto con quelli anglo-sassoni, tedeschi, francesi. Essi vivono una vita di stenti. I giornali medici francesi e anglo-sassoni hanno una larga diffusione perchè contano su un numero enorme di lettori, in rapporto alla diffusione della lingua francese e inglese. I giornali tedeschi che fuori del loro paese non possono contare su un gran numero di abbonati per la difficoltà della lingua sono sussidiati dallo Stato, che ha sempre compreso, anzi è stato ossessionato dalla necessità di diffondere la coltura tedesca. I giornali medici italiani che non possono contare, che non contano che su lettori italiani, vivono una vita grama e non possono vittoriosamente competere con quelli stranieri, non possono diffondersi e diffondere la coltura medica italiana all'estero.

Il Governo, che pur sussidia e mantiene giornali politici, dovrebbe comprendere la necessità di aiutare la stampa medica italiana.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Nuovo capitolato sanitario per i medici condotti dell' Umbria.

È stato approvato nell'adunanza del 16 ottobre 1919, dai rappresentanti dei Comuni, della provincia e dai rappresentanti la Federazione dei medici condotti, il seguente capitolato:

1. In ogni Comune saranno istituite una o più condotte medico-chirurgiche per i soli poveri. Saranno considerate povere le famiglie che hanno diritto alle medicine gratuite a norma di legge.

Sarà poi fatto un elenco speciale di famiglie non assolutamente povere, alle quali verrà praticata una tariffa di favore da concordarsi tra medici e Comune, in relazione alle condizioni locali, ed in caso di dissenso da stabilirsi dalla Commissione arbitrale di cui all'art. 21 del presente schema di capitolato.

2. Lo stipendio iniziale da corrispondersi ai medici condotti sarà di lire 6000 annue, oltre la temporanea indennità caroviveri, per i primi 1500 poveri.

Per un numero superiore di poveri, il Comune corrisponderà al medico lire 2 annue in più, per ogni iscritto nell'elenco.

3. Nelle condotte di disagiata residenza e disagiato servizio, allo stipendio sarà aggiunta una indennità annua, che potrà elevarsi fino a lire 2000. La misura delle indennità sarà concordata tra medico e Comune, ed in caso di dissenso dalla Commissione arbitrale di cui all'articolo 21.

4. Nelle condotte nelle quali il numero degli abbienti obbligati al pagamento della cura medico-chirurgica sia inferiore a 300, verrà corrisposta al medico condotto una indennità di residenza povera di lire 1000 annue.

5. Le due indennità ai numeri 3 e 4 sono cumulabili.

6. Nei Comuni che hanno più di tre condotte, in caso di vacanza di una o più di esse, fatta eccezione per il chirurgo, è stabilito il trasferimento interno tra i sanitari condotti del Comune, da attuarsi per concorso interno, per titoli ed anzianità.

7. I Comuni procureranno, per quanto è possibile, una conveniente residenza al medico nella zona assegnata.

8. I malati di natura ambulatoria avranno l'obbligo di recarsi all'ambulatorio tenuto dal medico titolare in ogni condotta in locale fornito dal Comune ed in ore stabilite d'accordo fra medico e Comune. Qualora il Comune non potesse fornire detto locale, corrisponderà al medico un equo compenso per l'ambulatorio tenuto nel la propria abitazione.

9. Il medico sarà tenuto al rilascio gratuito dei soli certificati voluti dalla legge.

10. I mezzi di trasporto nelle condotte suburbane e di campagna saranno a carico del Comune, per le sole visite ai poveri ed ai meno abbienti, di cui al secondo comma dell'articolo 1.

Stabilito al principio di ogni anno, d'accordo tra medici e Comune il costo approssimativo di un mezzo di trasporto, il Comune contribuirà

alla spesa relativa, nel rapporto che corre tra il numero complessivo dei poveri e meno abbienti e quello degli abbienti. Sarà facoltà dei Comuni di non imporre al medico l'obbligo della cavalcatura.

11. Il medico condotto avrà diritto a non meno di tre aumenti quinquennali di un decimo sullo stipendio base di lire 6000.

Per i medici attualmente al servizio di un Comune da oltre 5 anni (qualunque sia il numero degli anni di servizio), sarà liquidato il primo aumento quinquennale sulla stessa base di lire 6000, appena il medico avrà compiuto il decimo anno di servizio.

12. L'assicurazione del medico contro gli infortuni professionali, sarà a carico del Comune.

13. Ogni supplenza, qualunque sia la sua durata, sia per scavalco che come interino, nello stesso Comune, verrà retribuita in misura uguale allo stipendio del medico supplito.

14. Il medico avrà diritto a retribuzione separata per ogni servizio non strettamente di condotta (servizio di ufficiale sanitario, servizio ospitaliero, altri servizi determinati dall'Ordine dei medici).

15. In caso di gravi ed estese epidemie, sarà corrisposta al medico un'equa indennità, sulla base di quella che viene concessa dalla Direzione generale di sanità civile ai propri medici inviati in servizio antiepidemico.

16. Il trattamento ammesso per gli altri impiegati nel capitolato comunale, in rapporto ai casi di malattia e richiesta di aspettativa, sarà applicato ai medici condotti, se più favorevole di quello stabilito dalla legge sanitaria.

17. Tra Comune e medico condotto, verrà disciplinato l'ordine del servizio e delle chiamate (salvo i casi d'urgenza) all'intento specialmente di assicurare il servizio dei poveri.

18. A norma della legge sanitaria, sarà concesso, ogni anno un mese di permesso al medico condotto: detto mese potrà essere cumulato per due anni.

19. Saranno concessi nell'anno permessi straordinari della durata massima di giorni 5 e sino a 15 complessivi. Per detti piccoli permessi la supplenza sarà a carico del sanitario.

20. Le cure e gli interventi chirurgici dovranno essere normalmente compiuti nell'ospedale.

Per operazioni d'urgenza a domicilio dei poveri, abitanti fuori della città, il chirurgo interverrà a richiesta del medico condotto della zona, ed avrà diritto al rimborso delle spese di trasporto.

21. Qualora tra il medico ed il Comune sorgessero contestazioni sulla applicazione e interpretazione delle disposizioni del presente capitolato, esse saranno risolute con giudizio inappellabile da una Commissione arbitrale composta: di un rappresentante della locale sezione dei medici condotti, di un rappresentante del Municipio, di un terzo, nominato di comune accordo fra le due parti, ed in caso di disaccordo, dal presidente del Tribunale.

22. Il presente capitolato unico dovrà valere anche per le condotte dipendenti da Opere pie e da altre associazioni di beneficenza.

Per il congedo degli ufficiali medici delle classi 1889 e 1890.

Il Ministero della guerra disponeva il ricollocamento in congedo, entro il 10 ottobre u. s., degli ufficiali medici di complemento delle classi 1889 e 1890, aggiungendo che potevano essere trattenuti in servizio solo quelli che ne avessero fatto domanda. Ad onta di tali tassative disposizioni ministeriali, i medici delle classi stesse appartenenti a reparti mobilitati, sono tuttora trattenuti alle armi, mentre quelli delle stesse classi che si trovavano in zona territoriale sono già in congedo.

Tale disparità di trattamento in confronto di tassative disposizioni è inspiegabile.

Essa appare tanto più iniqua in quanto ne risultano danneggiati i medici che più hanno dato e più hanno sofferto per la guerra, quelli che si trovano da maggior tempo sotto le armi, e tra costoro quelli che al momento della pubblicazione del decreto di congedo si trovavano lontani dalle proprie residenze.

Confidiamo che a favore di questi colleghi sia presto provveduto.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate;

Ascoli Piceno. — Passamonti Michele, presidente; Ambrosi Berardo, vice-presidente; Zannoni Tiberio, segretario; Marchei Francesco, tesoriere; Fortini Gaetano, Paolucci Lamberto, Prina Giuseppe, consiglieri.

Ravenna. — Dal Prato Antonio di Faenza, presidente; Triossi Guglielmo di Ravenna, vice-presidente; Torsellini Ervigo di Ravenna, segretario; Galli Paolo di Faenza, tesoriere; Gotti Giuseppe di Fusignano, Pasini Umberto di Alfonsine, Toni Carlo di Bagnacavallo, consiglieri.

Vicenza. — Maiolo Domenico, Gardellin Antonio, Busato Gio. Battista, Oriani Giovanni, Sguario Nico, Spargella Mario, Cimberle Ugo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8021) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. C. da T. Le ragioni che il Comune adduce per non corrisponderle la indennità caro-viveri non hanno alcun fondamento, giacchè la disposizione contenuta nel D. L. del 9 marzo ultimo è assoluta e non ammette eccezione di sorta, sia pel già elevato stipendio che si corrisponde al sanitario, sia pel fatto che lo stipendio stesso è maggiore d quello che si corrispondeva al precedente titolare. Nessuna di queste eccezioni prevede il precitato decreto e nessuna, quindi, se ne può accampare. In quanto alla eccezione prodotta dalla autorità di non essere, cioè, il credito liquido non possiamo aderirvi in quanto che il debito è ben liquido dal momento che è determinato e disposto da un D. L. Il Comune si oppone al pagamento di esso, ma non fa quistione dello ammontare maggiore o minore della somma dovuta. Noi ripetiamo che Ella ha ben ragione di chiedere la soddisfazione del suo credito e che se non raggiunge lo scopo per le vie amministrative, può ben adire l'ordinaria autorità giudiziaria, citando il Comune.

Osserviamo inoltre, che l'ultima parte del succitato decreto permette l'emissione del mandato di ufficio non ostante gravame in deroga del disposto dallo art. 128 del Regolamento 12 febbraio 1911, n. 297.

(8022) *Malattia contratta in servizio.* — Dott. A. C. da B. In linea di diritto non compete a Lei il trattamento per infermità stabilito dalla legge, nè dal Consorzio nè dal Comune ove è interino. Non nel primo perchè non vi esercita presentemente, non nel secondo perchè non è titolare. In linea equitativa può però aver diritto a riguardoso trattamento dal Comune ove è interino, in considerazione che la infermità fu contratta in servizio cioè, per meglio corrispondere alle giuste esigenze della popolazione. Uno o due mesi di supplenza gratuita si potranno concedere a chi ha messo a repentaglio la propria esistenza per il bene degli altri. Faccia domanda in tali sensi e riteniamo che essa sarà accolta senza eccezione di sorta.

(8023 *Aumento di stipendio agli impiegati comunali.* — Dott. S. L. B. da S. C. Il Decreto 19 giugno 1919, N. 973 non riguarda miglioramenti pel personale a servizio dello Stato. Al miglioramento degli stipendii degli impiegati comunali provvede il recente decr. 16 ottobre 1919, N. 1960, ma anche questo, come è chiarito dalla circolare del Ministero dell'Interno in data 15 stesso mese, N. 15700-5 non è applicabile al personale sanitario, che restano garentiti dal disposto dell'articolo 26 della legge.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Concorso al posto di Medico Chirurgo Primario; assegno annuo di L. 3600, netto di R. M., conglobati e consolidati i Decreti Luogotenenziali; oltre la percentuale del 50% sull'importo atti operativi ai ricoverati paganti agiati. Dopo un biennio di prova l'eletto potrà avere 5 conferme quinquennali ma non oltre il 60° anno di età. Istanza in bollo regolare al Consiglio Amministrativo, Via Mazzini N. 3, non oltre ore 15 del 14 dicembre; documenti di rito; titoli comprovanti studi speciali in ortopedia e corrispondente pratica in un Istituto ortopedico, oltre tutti gli altri documenti utili a provare le particolari attitudini al posto a cui aspira. Assunzione al servizio non oltre un mese dalla comunicazione di nomina.

Concorso ad un posto di Medico Chirurgo aggiunto; assegno di L. 2000, netto di R. M., oltre la percentuale del 15% sull'importo degli atti operativi ai ricoverati paganti agiati, e del 20 % sulle applicazioni di terapia fisica. Nomina per un biennio; successive conferme biennali. Istanza come sopra; titoli comprovanti studi di ortopedia e di terapia fisica, oltre tutti quegli altri documenti utili a provare le particolari attitudini. Assunzione come sopra.

Cercasi medico interino per il Comune di Gavardo e interino per il consorzio Sopraponte e Valtro anche di lunga durata. Condotte comode, buona retribuzione. Rivolgersi al dott. Rossini in Gavardo.

Medico-chirurgo trentacinquenne, laureato 1908; quattro anni libero esercente; tre anni come interino condotto; quattro in servizio militare, per metà in ospedali da campo; due corsi di perfezionamento in Igiene (Napoli 1909 e Roma 1910) e corso sul Tracoma (Roma 1910); cerca posto interino ospedali o gabinetti batteriologici. Scrivere con offerte dettagliate: Dott. Pasquale Larini, Galatone (Lecce).

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CONDOTTI.

Uffici di collocamento.

Bologna: presso la sede della Sezione Bolognese, Archiginnasio.

Milano: presso la Presidenza centrale, via Dogana, 2 (per la Lombardia);

Verona: presso l'Ordine dei Medici, Stradone Super Maffei, 10 (per il Veneto).

Chiedere condizioni.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

BERLINO. — Il prof. Neuberg, membro dell'Istituto Imperatore Guglielmo di terapia sperimentale, è stato nominato professore onorario ordinario di Chimica biologica. Il prof. L. Michaelis è stato chiamato a Lund quale professore di chimica medica e fisiologica.

LIPSIA. — Il prof. Rolly è stato nominato professore straordinario di terapia fisico-dietetica.

R. Pr.

NOTIZIE DIVERSE.

Prima Mostra Campionaria delle Industrie Sanitarie Italiane.

Viene organizzata a Milano, ad iniziativa di un Comitato promotore il quale ne ha affidato l'incarico ad un Comitato Centrale Direttivo, composto del prof. Bertazzoli, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, presidente, del dott. L. Maranelli, segretario, dei dottori Gei, Frigerio e Scarpellini, consiglieri.

La Commissione ha ottenuto che la Mostra faccia parte della grande Fiera campionaria Industriale che si svolgerà a Milano durante la prossima primavera, in padiglioni mobili eretti nel tratto Porta Venezia–Porta Nuova, e che sarà posta sotto il patronato di S. M. il Re. Questa fiera sarà sul tipo di quelle di Lipsia e di Lione,; vi è impegnato un capitale di 1.000.000 di lire.

Sono stati nominati i Commissari per ciascuna regione e cioè: Lombardia, dott. Inverni; Veneto, dott. Gajardoni; Piemonte, dott. Assauto; Liguria, dott. Portigliotti; Toscana, dott. Pellegrini; Emilia, dott. Festi; Lazio, dott. Sforza; Napoli, prof. Basile; Puglie, dott. Jacobellis; Sicilia, dott. Ajello; Sardegna, prof. Binaghi. I commissari procederanno alla costituzione dei Comitati regionali.

Il Comitato centrale direttivo ha sede a Milano, in via Filangeri 9.

Per le norme di vendita ai Comitati Regionali verrà elaborato un regolamento.

Convegni internazionali di neurologia.

La « Societé de Neurologie » di Parigi ha deciso di promuovere degli scambi internazionali di vedute sui problemi neurologici, invitando i neurologi e gli psichiatri di tutti i paesi a convenire in speciali adunanze che si terranno tutti gli anni a Parigi nel mese di luglio. Si è stabilito che i convegni dureranno due giorni, con due sedute ogni giorno, e che le discussioni verteranno su temi fissati in antecedenza.

Il primo convegno verrebbe organizzato per il mese di luglio del 1921. Tema di discussione sarà: le forme cliniche e il trattamento della sifilide del sistema nervoso; la discussione verrà aperta da un rapporto del prof. J. A. Sicard.

Per l'igiene scolare.

L'Associazione *Per l'igiene della Scuola*, applicando immediatamente il vasto programma d'azione approvato nel suo convegno di Bologna, ha preparato già un interessante volume di propoganda che, non appena ultimata la rilegatura, verrà spedito in omaggio a tutti gli insegnanti, gli ufficiali sanitari, i sindaci d'Italia.

È un lavoro veramente ben riuscito al quale hanno collaborato i più competenti medici scolastici italiani e che non potrà a meno di dare il più valido impulso al progresso dell'igiene scolastica.

Frattanto la stessa Associazione ha già cominciato, col gentile concorso della Federazione Italiana delle Biblioteche Popolari, l'invio a tutte le Scuole elementari, di cartelli di propaganda igienica che formeranno per gli insegnanti un ottimo sussidio dimostrativo.

Nessuna Scuola d'Italia, neanche le più minuscole e più povere, sarà così dimenticata ed è questa la prima volta che si compie un'opera di tanta mole e di tanta importanza, che meriterebbe di essere validamente sostenuta dal Governo e dalle classi Mediche e magistrali.

Quelle Scuole che ancora non avessero ricevuto nulla, possono farne richiesta ai RR. Proveditori, perchè solo sulle indicazioni di essi si fa la spedizione, Comune per Comune e non Scuola per Scuola.

Per la Facoltà Medica di Parigi.

Il rapporto tra gl'istituti classici e scientifici dell'Università di Strasburgo, ora passata dalla Germania alla Francia e quelli di Parigi, è risultato troppo sfavorevole alla capitale francese; ond'è che prima di sciogliersi, la Camera ed il Senato francesi hanno approvato una legge che assegna alla Facoltà medica di Parigi la somma di franchi 8.590.000, dei quali 5.500.000 destinati all'acquisto di un terreno e 3.080.000 all'ingrandimento dei servizi di clinica.

Il terreno copre un'area di 4 ettari e mezzo e sostiene due grandi e solidi fabbricati, bene aerati e illuminati, che la Facoltà conta di adattare ai suoi bisogni.

Uno di essi era già stato trasformato, dal Ministero della guerra brasiliano, in Ospedale militare, organizzato secondo le norme scientifiche moderne e fornito di un arredamento perfezionato; probabilmente il Governo del Brasile ne farà un magnifico regalo alla Facoltà, che vi allogherebbe immediatamente una o due cliniche, col concorso del Servizio di Assistenza pubblica e del servizio sanitario militare.

L'altro edifizio, più grande, è occupato attualmente dal Servizio sanitario militare, che lo ha in affitto per altri due anni, dopo i quali esso passerà alla Facoltà. Questa intende installarvi un grande Istituto d'igiene, organizzato con criteri moderni, sul modello dell'Istituto d'igiene della facoltà medica di Strasburgo, o di quello di Lione, creato dall'impulso attivo di Jules Courmont. Esso servirebbe anche ai bisogni della Città e del Dipartimento, per modo da evitare duplicazioni superflue.

Un'altra parte dell'edificio verrebbe riservata ad un lussuoso Istituto di medicina e chirurgia sperimentale, la cui necessità è meno immediata ma non meno sentita, dato lo sviluppo delle scienze biologiche sperimentali nel campo medico.

Probabilmente rimarrà del posto anche per altri insegnamenti ora allogati con difficoltà alla « Scuola pratica ».

Infine, la somma di 3.090.000 franchi verrà destinata all'ingrandimento delle cliniche, in modo che queste possano disporre di un maggior numero di letti, seguendo, anche in ciò, l'esempio di Strasburgo, ove ogni clinica conta incirca 200 letti e quella pediatrica giunge a 400 circa, mentre a Parigi il numero dei letti oscilla intorno ad 80 appena per ogni clinica. Il confronto sarebbe stato troppo sfavorevole per la capitale francese. Si verrà anche a una convenzione con l'Assistenza pubblica, in quanto che questa rimarrà alleviata di una parte non trascurabile dei suoi compiti.

Coloro che s'interessano ai progressi dell'insegnamento superiore, della medicina e dell'igiene pubblica, non possono non compiacersi di questo

incremento dato alla Facoltà medica di Parigi. Auguriamoci che l'esempio venga imitato in Italia.

La giornata di otto ore negli ospedali e nelle farmacie di Parigi.

Il consigliere comunale di Parigi Henri Rouselle ha presentato ai suoi colleghi i risultati delle trattative compiute per incarico dell'Amministrazione allo scopo di conseguire l'applicazione dell'orario di otto ore negli ospedali di Parigi.

La riforma interesserà 12.500 persone, tra ricoverati e personale sanitario.

Si organizzeranno dei turni frazionati di due periodi ciascuno, salvo in uno o due grandi ospedali, in cui l'abbondanza del personale sanitario permetterà dei turni di un solo periodo.

In relazione con questa riforma in via di elaborazione, il «Comité internsindacal des pharmaciens» ha deliberato d'invitare i soci (proprietari di farmacia) a ridurre l'orario del personale dipendente (preparateurs), tenendo presenti le necessità del pubblico e le contingenze locali.

L'Ospedale do Braz a San Paulo.

Segnaliamo ai nostri lettori questa istituzione benefica, fondata nel 1906 e che è venuta assumendo uno sviluppo notevole in questi ultimi anni. Essa comprende vari servizi di clinica medica, di clinica chirurgica e delle specialità (oto-rino-laringologia, odontologia, dermosifilografia, ostetricia, ecc.), ne fanno parte due sale operatorie, quattro grandi infermerie, un laboratorio, vari ambulatori e le dipendenze. Vi sono state eseguite finora circa 2000 operazioni chirurgiche (per la maggior parte di alta chirurgia). Durante l'epidemia influenzale si è resa altamente benemerita, ospitando fino a 300 infermi. La sua opera è interamente gratuita.

È diretta da un nostro connazionale — già assiduo collaboratore del *Policlinico* —: il dottore Carlo Brunetti, ben noto ed apprezzato nel mondo chirurgico. Egli tiene alto il nome ed il decoro dell'Italia nel Brasile. È coadiuvato da uno scelto corpo clinico, ostetrico e ginecologico, composto di dodici medici.

Clinica per balbuzienti a New York.

A New York è stata aperta una Clinica gratuita per la cura di tutte le alterazioni della voce e della parola. Essa si occuperà della cura delle balbuzie nelle sue molteplici e varie forme; curerà i denti e le ossa della mascella quando essi sono causa del difetto della parola; curerà le malattie nervose e mentali quando sono in causa o associate ai detti difetti. Vi saranno anche classi serali.

La mortalità a New York.

Ha toccato in quest'anno cifre straordinariamente basse, quali non si erano mai avute; per es. nella settimana terminata il 26 luglio fu (riferita ad un anno) di 8.87 (contro 11.21 della settimana corrispondente del 1919).

EMILIO FISCHER.

L'annunzio della morte di Emilio Fischer ha destato dappertutto un profondo dolore, perchè non v'è quasi paese del mondo che non abbia mandato a lui discepoli, che dovevano imparare dal geniale e grande Maestro l'arte di indagare e d'insegnare ed egli resterà sempre vivo nella memoria dei suoi discepoli per la sua straordinaria attività come esperimentatore, per il quale non esisteva nessuna difficoltà. Le sue ricerche si distinguono dalle altre per l'importanza e per le difficoltà stesse.

E. Fischer iniziò le sue indagini su uno dei campi più difficili di tutta la chimica, lo studio cioè della struttura e della configurazione delle varie specie di zucchero e gli riuscì dalla formaldeide di ottenere uno zucchero che possedesse la stessa composizione dello zucchero d'uva, prodotto sintetico ch'egli denominò *akrosi*. Tale sintesi fu il punto di partenza di molteplici altre ricerche. Egli dimostrò come le specie di zucchero più ricche di carbonio per deposito di acido cianidrico possono essere comprese nel gruppo di aldeide dello zucchero e la sua scoperta che la fenillidrazina alla presenza della serie d'idrati di carbonio dà luogo a prodotti facilmente cristallizzabili rese straordinariamente più facili le ricerche sugl'idrati di carbonio.

D'importanza fondamentale fu l'applicazione del problema dell'atomo asimmetrico del carbonio nel campo della chimica del carbonio stesso, nè possono trascurarsi le ricerche del Fischer sui rapporti dell'idratò di carbonio con gli alcooli e gli acidi. Gli studi sulla configurazione delle singole specie di zucchero, e specialmente del glucoside, lo condussero all'idea dell'azione dei fermenti ancora dubbi nella loro natura.

Ricche di applicazioni sono poi le ricerche e gli studi di E. Fischer sullo scambio degli idrati di carbonio. Senza i suoi studi sarebbero ancora completamente sconosciuti i processi cellulari più intimi, come la conoscenza dei fermenti.

Assai complessa è l'importanza delle sue ricerche nel campo delle *purine*, come sono da ricordare le indagini sulle basi della piramidina e tutta una serie di alcaloidi, a noi fatti conoscere: la caffeina, la teocromina, la teofillina nei loro più intimi rapporti con la xantina.

Alla nostra memoria sono ancora presenti le importantissime ricerche sull'albumina: Fischer scoprì il metodo di isolamento dell'acido monoaminico dall'unione dei prodotti di scissione delle proteine.

Egli non si fermò soltanto allo studio de' più intimi prodotti di separazione dell'albumina, ma volle indagare il modo per cui essi si raggruppano fra di loro. Con lo studio degli acidi aminici stabilì la loro configurazione. Le sue esperienze nel campo chimico dell'albumina meritano la massima importanza per la spiegazione delle trasformazioni dell'albumina stessa in tutte le sue fasi e per la conoscenza dei rapporti di determinati acidi aminici con lo zucchero d'uva. E da queste ricerche fisiologi e clinici hanno studiato poi, seguendo i suoi sistemi, le applicazioni sul ricambio cellulare. Negli ultimi anni il Fischer compì una serie di studî importantissimi sulla sostanza dei licheni e su quella del tannino ed il suo nome è dappertutto noto per il veronale e la sajodina.

Emilio Fischer era di un'attività eccezionale ed

il vuoto lasciato dalla sua morte è di giorno in giorno maggiormente risentito. Pare che nessuno possa sostituirlo.

Preziosi sono stati i suoi studi ricchi, d'applicazioni nel campo della chimica, della fisiologia e della medicina. Per quanto grande per intelligenza egli era nella vita semplice e modestissimo. Egli non viveva che per il lavoro e sapeva inculcare nell'animo dei suoi discepoli e collaboratori la passione, l'entusiasmo per il lavoro stesso e per gli studi; non un momento di incertezza, non un dubbio od una difficoltà per lo scopo da raggiungere. Possedeva anche nel più alto grado il senso della critica e non cessava dalle continue e ripetute esperienze prima d'esser sicuro del risultato. Ottimista all'inizio di una ricerca, per cui non conosceva alcuna difficoltà, era poi critico sottile e severo del lavoro suo stesso. Il nome di Emilio Fischer è eternamente inciso nella scienza universale e la sua gloria è imperitura.

D. D. C.

FRANCESCO NISSL

È morto a Lipsia Francesco Nissl. Non soltanto la psichiatria ma la medicina intera perde con lui uno scienziato di rara genialità e di critica acutissima. Riconoscendo per il primo l'importanza delle alterazioni anatomiche della corteccia nelle malattie mentali, egli diede un indirizzo nuovo istologico e istipatologico allo studio di questa disciplina. Da Alzheimer fu chiamato il padre della patologia corticale.

A lui si deve la colorazione al bleu di toluidina, che gli dischiuse il segreto della struttura complicata delle cellule ganglionari e della nevroglia ecto dermale, la descrizione esatta e la classificazione delle differenti degenerazioni nervose, l'importanza delle alterazioni della glia accanto a quelle del tessuto nervoso nella genesi dei differenti quadri morbosi. Partendo dall'idea che le turbe psichiche sono malattie cerebrali e che ogni psicosi deve avere un substrato anatomico, egli fece delle minuziosissime e coscienziosissime ricerche, arricchendo la anatomia patologica del sistema nervoso di importanti scoperte.

Negli ultimi anni egli si occupò quasi esclusivamente della localizzazione dei centri corticali e della loro struttura morfologica. Sua è pure la cauterizzazione esatta del talamo ottico e la conoscenza che gli strati interni della corteccia stanno in nesso più intimo col resto del cervello, che gli strati esterni.

R. Pr.

Il giorno 1º novembre è morto a Genova, in seguito a lunga ed incurabile malattia, il dr. prof. DARIO BOCCIARDO, nella giovane età di 44 anni.

Laureatosi a Pisa ivi continuò i suoi studi presso la clinica medica diretta dal prof. Queirolo, dedicandosi con particolare zelo alla terapia fisica applicata alla clinica.

Cultore intelligente ed appassionato della elettroterapia e della radiologia, insieme con diversi lavori originali, pubblicò un trattato per medici e studenti di elettrologia e raggi Roentgen.

Nel 1906 conseguì brillantemente la libera docenza in Patologia speciale medica dimostrativa; la sua monografia sull'itterizia, molto lodata ed apprezzata per la completa e chiara trattazione del tema e per il contributo sperimentale personale di alto valore scientifico e pratico, costituisce tutt'oggi un prezioso documento nel quale si pongono e si discutono i vari problemi sugli itteri, problemi che anche nel recente congresso di Medicina interna furono trattati dai più valenti osservatori e ricercatori.

Prese parte col grado di maggiore medico alla nostra grande Guerra per i primi due anni, permanendo sempre in zona di operazione come Radiologo di Corpo d'Armata, e vi rimase fino a quando la malattia laringea che minò la sua esistenza non lo costrinse a sottoporsi ad un severo atto operativo.

Di carattere buono e generoso, raro esempio di modestia, fu sempre amato ed altamente stimato dai colleghi e da quanti ebbero occasione di conoscerlo.

Alla desolata famiglia giunga la parola del nostro più profondo cordoglio.

M. NISSIM.

Il 17 settembre u. s. in Narni dove era medico condotto dal 1903, morì quasi improvvisamente il dott. RINALDO RAINALDI, a 63 anni, mentre la sua forte e robusta costituzione lasciavano sperare per lui ancora molti anni di vita.

Nato in Treia da nobile famiglia, compì gli studi in Roma, dove si laureò nel 1881. Fu assistente nell'ospedale di S. Spirito ed aiuto del prof. Mario Panizza nella R. Clinica Medica.

Amante dello studio, s'interessò particolarmente alla neuropatologia, e publicò osservazioni cliniche sull'isteria, ed un libro sulle localizzazioni cerebrali studiate in un caso di ipnotismo (Foligno 1891): altre sue pubblicazioni « su di un aneurisma del tratto extrapericardico dell'aorta », « sulla libertà del perito giudiziario », alcune perizie su casi importanti, attestano la sua coltura ed il suo ingegno.

Fu medico abile, coscienzioso, disinteressato: per i malati fu l'amico e spesso il benefattore; coi colleghi sempre buono e generoso. Ebbe alto il sentimento del dovere, e della nobiltà della nostra professione ch'egli onorò con una vita intemerata ed operosa.

Al fiero dolore per la morte del suo primogenito, capitano dei granatieri, caduto nel 1º anno di guerra combattendo da valoroso sul Sabotino, cercò conforto unicamente nel lavoro e nell'adempimento scrupoloso del suo dovere: supplì durante la guerra i colleghi ch'erano al fronte, non curante della fatica, degli strapazzi, dei pericoli professionali; nella pandemia d'influenza dello scorso anno, che fu grave a Narni e nei paesi circostanti, si prodigò senza risparmio, spesso privandosi del sonno e del riposo necessario: così affrettò la sua fine che avvenne per attacco cardiaco.

Grave fu il lutto della città di Narni per la sua perdita: solenni ed universali le attestazioni di rimpianto.

Grave è il lutto in quanti ebbero l'onore di conoscerlo e l'occasione di apprezzarlo.

Sia onore alla sua memoria.

U. ARCANGELI.

Rassegna della stampa medica.

Amer. Journ. Med. Sciences, mar. ROSENBLOOM: Nuovi metodi curativi dell'avvelenamento da sublimato. — RUPERT e WILSON: L'emicrania. — MANDLEBAUM: Malattia di Gaucher in adulti.

Brit. Med. Journ., 29 mar. HEAD: Malattia e diagnosi.

Journ. d. Prat., 29 mar. CHAUFFARD: Ematuria e tubercolosi.

La Pediatria, apr. DI GIORGIO: Osteosclerosi congenite.

Journ. A. M. A., 15 mar. GEIGER e PURDY: Distruzione delle zanzare nelle risaie. — BUNCE e a.: Lo streptococco emolitico nelle ferite di guerra.

Arch. d. Mal. du Coeur, feb. GALLI: Respirazione alternante e periodica; analogia col cuore alternante.

Bollett. Federaz. Militari ciechi, ecc., 28 feb. PEDRAZZOLI: Cineplastiche meccaniche per l'arto superiore.

The Practitioner, apr. THOME: La diagnosi di debolezza miocardica. — SCOTT: Lo stato d'ansia.

Presse Méd., 3 apr. BÉRARD e DUNET: Cura delle pleuriti purulente influenzali. — PAGNIEZ, VALLERY, RADOT e NASTI: Terapia profilattica di certe emicranie.

Ann. di Med. nav. e colon., gen. feb. PETELLA: Le moderne vedute di clinica e terapia delle malattie cardio-vascolari.

Arch. of Radiol. ecc., mar. SPRIGGS: L'esame dell'appendice vermiforme ai raggi X.

Chir. Org. Movim., feb. CATTERINIO: Fratture della clavicola, — UFFREDUZZI e SERAFINI: La resezione secondo Obalski nelle artriti purulente del tarso. — CHIASSERINI: Trattamento secondario dei monconi di amputazione. — PUTTI: Organi di attacco per protesi da lavoro.

Biochimica e Terapia sperim., feb. NOVI: Azione fisiologica dei lipoidi cerebrali.

L'Osp. Magg., 28 feb. BONI: Le forme cliniche dell'influenza.

Annali d'Ig., 20 feb. PUNTONI: Le acque potabili nell'altipiano di Asiago.

Presse Méd., 7 apr. LESNÉ, BRODIN e SAINT-GIRONS: Iniezioni intravenose di plasma umano nell'influenza e in altri stati patologici. — LEVERI: I piccoli segni dell'aerofagia.

Paris Méd., 5 apr. Numero sulla sifilide.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 9 novembre 1919* **Fasc. 45**

(Pubblicato il 24 novembre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'azione dell'atropina sulla pupilla a scopo diagnostico

per il dott. prof. LUIGI SICILIANO.

L'impiego dell'atropina come reattivo biologico è già largamente diffuso nella pratica clinica e comunemente sfruttato come mezzo per saggiare lo stato di innervazione del sistema autonomo. Dall'intensità degli effetti da essa esercitati sulle varie funzioni organiche si desume il grado di maggiore o minore tonicità del vago e degli altri congegni nervosi che reagiscono in modo omologo. Dopo il cuore la pupilla è uno dei reattivi più sensibili. Nello studiare gli effetti dell'atropina introdotta nel circolo generale ha grande importanza la dose adoperata in relazione al peso del corpo, perchè si tratta appunto di valutare la maggiore o minore intensità della sua azione. Questa considerazione ha speciale importanza poi se si vuole tener conto anche della durata degli effetti stessi; e questo elemento non deve essere trascurato, perchè esso dipende dal grado maggiore o minore di affinità che le terminazioni nervose hanno per l'alcaloide; e ciò forse in rapporto collo stato di attività funzionale dei nervi relativi.

Un metodo molto semplice che non ha nessuno degli inconvenienti della somministrazione dell'atropina per via interna e che permette di superare le difficoltà suddette riferentisi al dosaggio, è quello della istillazione nella congiuntiva: l'effetto diretto sull'iride è massimo con dosi piccolissime, e non è necessario quindi tener conto del peso del corpo. Io credo utile richiamare l'attenzione su questo vecchio e semplicissimo metodo, da cui mi pare che si possano trarre delle importanti conclusioni, quando gli effetti dell'atropina siano esaminati e seguiti regolarmente per tutta la durata della sua azione.

Non faccio qui che accennare in via generale ai dati principali d'osservazione, riserbandomi di applicare le deduzioni alla clinica e aspettando che altri se ne serva collo stesso intento.

È conveniente istillare una goccia di soluzione di solfato di atropina all'1 % in un solo occhio, lasciando così l'altro occhio per controllo.

Dirò subito che in qualche caso anche la pupilla del lato opposto si modifica in modo

apprezzabile, ciò che probabilmente è dovuto all'assorbimento per le vie lacrimali di frazioni minime dell'alcaloide, ma che in tutti i modi presuppone una eccessiva sensibilità dei nervi irido-costrittori.

Nel semplice fatto della dilatazione pupillare che segue all'istillazione di atropina si possono analizzare separatamente diversi elementi, e cioè l'ampiezza massima raggiunta dalla pupilla, la differenza tra il lume pupillare prima e dopo l'atropinizzazione, la durata dell'effetto dell'atropina, cioè la rapidità con cui scompare la dilatazione, l'andamento della curva che segna la riduzione del lume.

Vediamo quali risultati ci fornisce l'osservazione, eseguita su persone di varie età.

La massima ampiezza che la pupilla raggiunge può superare gli 8 mm., mentre l'aumento del diametro pupillare rispetto allo stato iniziale può raggiungere i 6 mm.: non sempre alla massima dilatazione assoluta corrisponde la massima modificazione del diametro pupillare, e ciò naturalmente è in rapporto coll'ampiezza che ha la pupilla prima dell'istillazione; ma può darsi che una pupilla miotica si dilati notevolmente, pur senza raggiungere la massima ampiezza assoluta.

I due elementi devono essere valutati separatamente, perchè possono avere un diverso significato. Difatti la relativa modificazione del diametro presentato dalla pupilla ci permette di valutare il grado di tonicità delle fibre irido-costrittrici, cioè la variazione dovuta alla soppressione dello stato di tonica innervazione delle fibre del III paio; mentre invece per spiegare la ragione per cui la dilatazione della pupilla raggiunge il massimo in alcuni casi ed in altri no, io credo che si debba invocare l'azione del simpatico. Essendo lo stato dell'iride regolato dal rapporto tra l'innervazione simpatica dilatatrice e quella dell'oculomotore costrittrice, è naturale che dopo l'atropinizzazione la pupilla si presenterà di maggiore ampiezza nel caso in cui l'attività del simpatico è maggiore. E ciò indipendentemente da una azione eccitante dell'atropina sul simpatico che non da tutti è ammessa. La differenza tra un caso e l'altro è abbastanza evidente, potendo raggiungere oltre un millimetro, e non credo che ciò possa attribuirsi ad eventuali differenze individuali di struttura dell'iride. Sicchè noi potremmo in base a questo ragionamento apprezzare da una parte lo stato d'attività del sistema autonomo e dall'altro quello del simpatico.

Questo fatto avrebbe una notevole importanza, perchè noi manchiamo di un mezzo diretto che ci permetta di apprezzare lo stato di innervazione del simpatico, come si fa coll'atropina per il vago. La prova coll'adrenalina non fa che dimostrarci il grado di eccitabilità da questo sistema, condizione che è molto differente dal grado di innervazione tonica.

L'altro elemento di cui bisogna tener conto è la durata dell'azione della atropina, che si può valutare dal numero dei giorni impiegati prima che l'occhio ritorni in condizioni normali: siffatto periodo può andare da un minimo di 6 giorni fino ad oltrepassare i 15 giorni. È da notare che, contrariamente a quanto si poteva prevedere, la maggiore durata dell'effetto sulla pupilla coincide con una scarsa dilatazione di essa. Come ho già accennato, la maggiore rapidità con cui scompaiono gli effetti dell'atropina deve collegarsi con una maggiore intensità di innervazione delle fibre-costrittrici, attraverso le quali riesce a farsi strada più facilmente e più presto l'impulso nervoso. E spesso si vedono coincidere questi due elementi, cioè rapida scomparsa della dilatazione e forte effetto dilatatore dell'atropina.

Nei giorni successivi all'istillazione dell'atropina il modo di comportarsi della pupilla è vario: in taluni casi la diminuzione del suo diametro è già visibile nelle prime 24 ore e continua rapidamente fino al ritorno al lume normale, sì che la curva costruita colle cifre indicanti il diametro pupillare si presenta rapidamente e progressivamente discendente. In altri casi invece nei primi 2 o 3 giorni la dilatazione massima si mantiene con una notevole stabilità e poi si inizia il progressivo restringimento; finalmente in altri casi la riduzione di ampiezza si fa molto lentamente sino dal principio.

In queste differenze bisogna anche tener conto della possibilità che l'equilibrio nervoso a cui è sottoposta l'iride varii da un giorno all'altro nello stesso individuo; e questa considerazione toglie al metodo in gran parte la possibilità di essere controllata per mezzo di altri metodi che permettano di saggiare lo stato di innervazione dei due sistemi vago e simpatico.

Volendo schematizzare quanto è possibile ripromettersi da uno studio sistematico dell'azione dell'atropina su vari soggetti normali e patologici, i resultati dovrebbero essere i seguenti:

1. Intensa innervazione irido-costrittrice e scarsa innervazione simpatica: notevole aumento del diametro pupillare, ma senza che sia raggiunto il grado massimo di dilatazione, breve durata dell'effetto e quindi rapida riduzione del lume;

2. Intensa innervazione simpatica e scarsa dell'oculomotore: grado massimo di dilatazione, lentezza nel ritornare alle condizioni normali;

3. Scarsa innervazione dei due sistemi: piccola modificazione della pupilla e lunga durata dell'azione;

4. Intensa innervazione dei due sistemi: forte dilatazione, massima ampiezza raggiunta, rapida cessazione dell'effetto.

Ulteriori ricerche potranno dare la conferma di queste premesse.

Intanto posso affermare per quanto riguarda l'età dei pazienti che nei soggetti molto vecchi si ha una tendenza a scarse reazioni e ad una maggiore durata dell'effetto dell'atropina; ma tuttavia non sempre in modo molto spiccato.

In un caso di tabe con miosi ho trovato reazione scarsa e lunga durata, a indicare un disturbo di innervazione dei due sistemi; mentre in un altro caso le reazioni furono normali.

L'intensa lacrimazione può affrettare la scomparsa dell'effetto.

Firenze, ottobre 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

La terapia della febbre petecchiale

per il dott. BENVENUTO COGLIEVINA, specialista per le malattie interne e nervose, Trieste.

In base alle mie esperienze di curare la febbre petecchiale, esperienze fatte per quasi tre anni in terre russe e rutene, offro ora ai medici italiani questo breve studio sulla terapia del cosidetto « tifo degli accampamenti ».

I.

I miei primi esperimenti riguardanti la cura della febbre petecchiale li feci coll'esametilentetramina (ovvero urotropina) (1 e 2). Formula chimica: $(C\ H_2)\ 6\ N\ 4$. Avendosi dimostrata l'esametilentetramina quale farmaco capace di disinfettare, causa la formaldeide ($C\ H_2\ O$) mettentesi in libertà nell'organismo, l'apparato nervoso centrale per mezzo del liquido cefalo-rachidiano, l'apparecchio respiratorio e quello digerente, ero convinto di ottenere con somma probabilità la sterilizzazione dell'organismo quasi nel senso della « therapia sterilisans magna » di Paolo Ehrlich (3), somministrando al corpo umano dell'urotropina.

Questa mia argomentazione si è fondata sui seguenti fatti di scienza:

a) Nelle sue ricerche sperimentali S. I. Crowe (4) è riuscito a sterilizzare completamente la bile con 5 grammi di urotropina al giorno.

b) Dalle pubblicazioni di Crowe risulta inoltre che già dopo ½ fino 1 ora è possibile di constatare questo farmaco rispettivamente la formaldeide nel liquido cefalo-rachidiano.

c) George H. Heitmuller (5) ed anche E. Zak (6) usarono l'urotropina con buon successo nella cura della bronchite acuta e cronica e della polmonite.

d) Non meno efficace si dimostrò l'esametilentetramina quale disinfettante intestinale, secondo le esperienze fatte da Loebisch (7).

Dalle premesse or ora esposte segue quale conclusione logica, che coll'esametilentetramina si potrebbe benissimo combattere i sintomi cardinali della febbre petecchiale e cioè:

a) i perturbamenti nervosi e psichici (che furono di natura abbastanza grave nell'80 % dei casi accolti nella mia sezione);

b) la bronchite (in 86 % degli ammalati osservai bronchite diffusa, nel 14 % polmonite);

c) i disturbi intestinali;

d) e con ciò naturalmente anche la temperatura febbrile.

Ed ora riesaminando le mie veramente larghe esperienze coll'esametilentetramina nella cura della febbre petecchiale posso dichiararmi soddisfatto di questo antisettico oltremodo capace di proteggere l'organismo nella sua difesa contro i microbi causanti la febbre petecchiale.

Già dopo due giorni di tale terapia gli ammalati presentavano un sorprendente miglioramento fisico e psichico.

Dalle mie rispettive pubblicazini (8) che contengono diverse nosografie dettagliate con note diagnostiche e serologiche, risulta chiaramente l'efficacia dell'esametilentetramina. La dose giornaliera ascese da 5 gr. (nei primi due giorni) fino a 8-10 gr. di esametilentetramina (somministrata per bocca). Con tale dose non ebbi mai a constatare in centinaia di casi di febbre petecchiale nessun disturbo delle vie urinarie, fatta eccezione di un solo ammalato, nel quale osservai un'ematuria effimera (accompagnata da lieve tenesmo vescicale).

Per isfuggire a malintesi, sia qui accennato, che l'urina di ciascun ammalato di febbre petecchiale venne da me analizzata minuziosamente giorno per giorno.

Mi pare con ciò comprovata l'innocuità di tale farmaco ed è anche ora comprensibile l'agire di A. C. Burnham (9) per chi abbia avuto pari a me occasione di sperimentare l'esametilentetramina su centinaia di ammalati. Il Burnham dà ai suoi ammalati della sezione chirurgica giornalmente perfino da 12 a 18 grammi di urotropina senza pro-

vocare irritazioni nè renali nè vescicali, ed egli è convinto che l'ematuria può venire evitata somministrando agli ammalati eventualmente quantità abbondanti di alcali. W. Cuntz (10) volle veder considerata l'urotropina quale farmaco non del tutto innocuo all'organismo umano avendone egli osservato in alcuni casi delle albuminurie e delle ematurie causate dall'urotropina (dose in 24 ore: 3 grammi).

Io ritengo che nei casi pubblicati da Cuntz si trattava probabilmente di idiosincrasia cagionata da una singolare combinazione chimico-biologica del protoplasma (Meyer-Gottlieb) (11) o derivante forse, come lo spiega G. Malacrida. «da eventuali non rare condizioni patologiche croniche degli emuntorii renali che pure non danno all'esame clinico ed uroscopico alcun indizio di sè, ma che si inaspriscono bruscamente, e talora in modo grave, quando l'organo viene attraversato da sostanze anche modicamente irritanti» (12).

Poi feci anche delle prove coll'applicare (un succedaneo dell'esametilentetramina): una combinazione cioè di acido salicilsulfonico coll'esametilentetramina e che venne già di spesso usato contro parecchie malattie infettive (M. Weiss) (13). Formula chimica: $2\,(CH_2)\,6\,N_4.\,SO_3H.\,C_6H_3\,(OH)\,COOH$. La seconda componente, cioè l'acido salicilsulfonico, parmi moltiplicasse l'effetto dell'esametilentetramina secondo le mie osservazioni fatte in materia. Anche tale rimedio fu somministrato per bocca e cioè nella dose giornaliera di 8 grammi (14).

Vedendo l'efficacia di tale farmaco, feci delle iniezioni intramuscolari (10 cmc. d'una soluzione al 4 %). Osservando che in questa forma esso si addimostrò ancora più efficace ed incoraggiato dall'effetto realmente sorprendente di tali iniezioni provai le iniezioni endovenose (anche 10 cmc. d'una soluzione al 4 %). D'allora in poi lo usai soltanto in quest'ultima forma ottenendo realmente dei splendidi risultati. Generalmente bastarono 4-5 iniezioni per vincere la malattia rispettivamente per abbreviarla cosicchè la febbre non durò più 16 giorni, ma bensì 7 giorni (15).

La critica di questo mio metodo di terapia della febbre petecchiale riuscì per la maggior parte favorevole: mentre F. Levy (16) non ne ebbe risultati soddisfacenti, il mio metodo venne applicato con buon successo ed anche consigliato da Tobeitz (17), Soucek (18), Nordt (19).

Qui vorrei, di parentesi, accennare ad alcuni casi di malaria di tipo terzanario che comportaronsi del tutto refrattari alla cura della chinina e che poi furono guariti per mezzo di iniezioni endovenose di esametilentetramina salicilsulfonica. Questi risultati coincidono del resto colle esperienze fatte da Plaschkes e Benkovic (21) che curarono parecchi casi di malaria coll'urotropina.

(4)

II.

Quale secondo metodo applicai nella cura della febbre petecchiale delle iniezioni endovenose di argento colloidale. È indiscussa l'ottima influenza dell'argento colloidale sulle malattie infettive col quale si fece con esito notoriamente buonissimo delle iniezioni nella piemia e nella setticemia (Kausch) (22), nel tifo addominale (Sebastiani) (23), nella peste e nel vaiuolo (contro queste ultime due malattie il Denman considera l'Elettrargolo quale «specifico») (24), nella meningite cerebro-spinale epidemica (dal quale morbo sono riuscito a salvare fra cinque casi tre per mezzo di iniezioni subdurali di argento colloidale) (25), nel colera (Mariotti) (26), nel morbillo (Galli), (27), ecc.

Per farsi un'idea del meccanismo dell'azione antimorbosa dell'argento colloidale sono sorte parecchie ipotesi. «È stato rilevato l'affinità di combinarsi con le tossine e con altri veleni, quel potere cioè di assorbimento od assunzione, che i metalli colloidali possiedono, grazie al loro straordinario sviluppo in superficie». (Tappeiner-Piccinini) (28). Dalle indagini di Werner e v. Zubrzycki (29) risulta evidentemente che i metalli colloidali provocano in generale nell'organismo un forte aumento dell'indice opsonico ed aiutano con ciò l'organismo a vincere la lotta contro i microbi e quella contro la loro tossine. Essendo già stato applicato diversi anni fa dal Jaubert (30) l'argento colloidale e cioè l'Elettrargolo nella terapia della febbre petecchiale feci delle prove col «Dispargen» (31) che rappresenta una soluzione di argento colloidale preparato non per via elettrica ma bensì mediante processi chimici (Wischo) (32).

Ogni giorno praticai agli ammalati di febbre petecchiale un'iniezione endovenosa di argento colloidale (5 cmc. d'una soluzione al 2 %) fino alla cessazione della febbre vale a dire per circa 7-8 giorni.

L'effetto di tali iniezioni non fu sì sorprendente e non spiccava agli occhi come nelle mie esperienze precedenti, con l'urotro pina econ l'urotr. salicilsulfonico. Ma nonostante questo influsso più lento l'aspetto degli ammalati si mutò indubbiamente in senso favorevole. La durata però del morbo non venne abbreviata come lo potei osservare facendo delle iniezioni col «Neo-exal».

Le esperienze di F. Teichmann (33) e quelle di H. Töpfer (34) fatte con un argento colloidale, preparato per via elettrica, confermarono le mie osservazioni intorno all'efficacia dell'argento colloidale verificatasi come in tante altre malattie infettive così anche nella cura della febbre petecchiale.

III.

In fine di questo breve studio vorrei aggiungere ancora alcune parole riguardanti l'idroterapia e

l'uso di tonici nella cura della febbre petecchiale.

Applicando l'uno come l'altro farmaco potei prescindere da altre disposizioni terapeutiche; solamente quando vidi sorpassare la febbre i 40°, feci fare degli impacchi freddi alla Priesnitz.

In riguardo all'applicazione di tonici vorrei rilevare particolarmente la seguente osservazione: durante la cura dei tanti casi di febbre petecchiale, non ho fatto mai uso nè di digitale nè di altri cardiostenici, neanche in casi complicati con polmonite.

Questo mio modo terapeutico contrasta evidentemente coll'usuale cura della febbre petecchiale, che consiste solamente nell'applicazione di antipiretici e cardiostenici.

Per spiegarsi i buoni risultati da me ottenuti tanto coll'esametilentetramina e surrogati quanto coll'argento colloidale anche senza l'uso dei tonici basta ricordare le esperienze fatte da H. Heitmuller (5) e da E. Zak (6) coll'esametilentetramina ed a quelle di A. Netter (35) e di G. Grund (35) fatte coll'argento colloidale. Questi ebbero occasione di applicare i suddetti rimedi non solamente nella bronchite, ma anche nella polmonite e quasi sempre con ottimo successo.

***

Tralascio per ora di parlare sui diversi altri metodi di terapia nella febbre petecchiale (sieroterapia, elioterapia, ecc.) riferendomi ad una mia rispettiva pubblicazione fatta circa quattro anni or sono (37).

AUTORI CITATI.

(1). B. COGLIEVINA. « Münch. med. Wochenschrift », 1915, n. 12.
(2). B. COGLIEVINA. « Reichs-Medizinal-Anzeiger », 1915, n. 19.
(3). P. EHRLICH. « Beiträge zur experim. Pathologie u. Chemotherapie », 1909.
(4). S. J. CROWE. « The Johns Hopkins Hosp. Bull. », 1918 e 1909 (aprile).
(5). G. H. HEITMULLER. « Journ. of Am. Med. Assoc. », 1912, n. 5.
(6). E. ZAK. « Wiener klin. Wochenschrift », 1912, n. 4.
(7). LOEBISCH. « Wiener med. Presse », 1901, n. 27-28.
(8). B. COGLIEVINA. « Wiener med. Wochenschrift », 1919 (in corso di stampa).
(9). A. C. BURNHAM. « Medical Record », 1913.
(10). W. CUNTZ. « Münch. med. Wochenschrift », 1913, n. 30.
(11). MEYER-GOTTLIEB. « Experimentelle Pharmakologie », 1911.
(12). G. MALACRIDA. *L'arte di prescrivere e di applicare i rimedi*. 1909.
(13). M. WEISS. « Mediz. Klinik », 1914, n. 42.
(14). B. COGLIEVINA. « Mediz. Klinik », 1917, n. 1.
(15). B. COGLIEVINA. « Riedel Archiv. », 1917, n. 1.
(16). F. LEVY. « Münch. med. Wochenschrift », 1915, n. 16.
(17). TOBEITZ. « Wiener klin. Wochenschrift », 1915, n. 20.
(18). SOUCEK. « Wiener med. Wochenschrift », 1915, n. 20.
(19). NORDT. Congresso medico a Varsavia nel 1916.
(20). B. COGLIEVINA. « Therapie der Gegenwart », 1918 (giugno).
(21). PLASCHKES-BENKOVIC. « Wiener klin. Wochenschrift », 1916, n. 47.
(22). KAUSCH. « Deutsche med. Wochenschrift », 1912, n. 35.
(23). SEBASTIANI. « La clinica medica italiana », 1910 (giugno).
(24). DENMAN. « British Medical Journal », 1914, I.
(25). B. COGLIEVINA. « Wiener klin. Wochenschrift », 1916, n. 36.
(26). MARIOTTI. « Riforma medica », 1911, n. 46.
(27). GALLI. « Gazzetta degli ospedali e delle cliniche », 1913, n. 14.
(28). TAPPEINER-PICCININI. « Materia medica e farmacoterapia », 1915.
(29). WERNER, V. ZUBRZYCKI. « Münch. med. Wochenschrift », 1913, n. 11.
(30). JAUBERT. Société de médicine militaire française, 1909, n. 11-12.
(31). B. COGLIEVINA. « Deutsche med. Wochenschrift », 1916, n. 27.
(32). WISCHO. « Pharmaceutische Post », 1916.
(33). F. TEICHMANN. « Deutsche medizin. Wochenschrift », 1916, n. 41.
(34). H. TÖPFER. « Deutsche med. Wochenschrift », 1916, n. 45.
(35). A. NETTER. « Presse médicale », 1913, n. 3.
(36). G. GRUND. « Zentralblatt für inner Medizin », 1913, n. 47.
(37). B. COGLIEVINA, « Mediz. Klinik », 1915, n. 49.

MEDICINA SOCIALE.

Lue, maternità, eugenica e guerra in rapporto alla Politica Sanitaria.

La guerra, che in più di quattro anni ha reciso milioni di vite umane, ha richiamato bruscamente l'attenzione dei Governi su alcune questioni sanitarie, che rappresentano problemi, politici e biologici insieme, perchè riguardano il benessere e l'avvenire dei popoli. Perciò mai come durante e dopo questo immane conflitto è stata invocata l'opera umanitaria della Medicina; non solo dove la bella morte per la Patria ha falciato tante promettenti esistenze, ma anche dove, lungi dai campi di battaglia, la salute e l'avvenire dei popoli sono stati — e sono tuttora — insidiati da terribili morbi. Un così vasto e grave compito sanitario per la tutela delle genti, minacciate nell'esistenza e nell'avvenire, è stato imposto da questa guerra lunga e, quanto altra mai, micidiale.

Difendere i valori umani da essa risparmiati ed assicurare una buona discendenza è opera della Medicina, della quale le tragiche vicende della conflagrazione mondiale hanno permesso di fare una più profonda valutazione, imponendole quasi un nuovo indirizzo tutt'affatto sociale. Nè per lo passato, furono mai affrontati e risoluti problemi così gravi e vitali. *Guerra, fame, e peste (epidemie)* formarono il lugubre corteo, che percorse le terre martoriate dall'ira e dall'odio degli uomini. Invece durante questa guerra, alla quale la scienza ha dato tutto il suo concorso (ahimè! tanto spesso inumano o criminoso addirittura!) la Medicina, fedele alla sua missione filantropica, ha prodigato con amore quanto aveva conquistato nel corso dei secoli per soccorrere il genere umano. Ed è riuscita non solo ad arginare la morte sui campi di battaglia ma a trionfare su alcune fiere epidemie, risparmiando così alle popolazioni civili gli orrori e la desolazione, che accompagnarono e seguirono le passate guerre.

Questa difesa sanitaria, che gli alleati hanno dovuto, in gran parte, improvvisare, era stata però proditoriamente preparata dai tedeschi, che con fredda e bieca premeditazione avevano tutto allestito, con la loro tradizionale meticolosità, per aggredire, più che l'Europa, il Mondo, in pieno e sincero fervore di pace. Essi, come avevano fabbricato di nascosto — ordendo il più infame tradimento — i 420, i gas asfissianti ed i supercannoni, così avevano preparato, anche sotto il punto di vista sanitario, il terreno designato quale teatro della tragedia lungamente premeditata: l'Alsazia e la Lorena. E vi avevano costruito — mascherandole abilmente — le piazzole per l'artiglieria, come ne avevano allontanati i portatori di germi tifogeni!

E non basta: per noi alleati c'è voluto il protrarsi della guerra per eccitare un benefico risveglio nella lotta contro la tubercolosi, mentre in Germania tutto era pronto anche per la difesa contro questo flagello, che la guerra ha esaltato. Le seguenti cifre convincano: all'inizio delle ostilità la Germania aveva 1500 sanatorî; la Francia ne aveva 12! E per la stessa Francia è occorsa la insistente e tenace spinta dei medici, apostolo il Landouzy, perchè — dopo ben 12 mesi di guerra e quando erano già centomila i militari riformati per tubercolosi — si costituisse l'*union sacrée* contro il terribile morbo. Nè dico delle altre nazioni, dove si sono ripetuti gli stessi fatti, tanto che oggi si può fare una affermazione — la quale ha del paradossale — che cioè dalla guerra, che ha reciso un immenso numero di vite, è derivato un maggior rispetto alla vita umana ed una più vigile cura per la difesa di essa, mercè gli sforzi che si sono fatti e si vanno facendo contro una delle malattie più micidiali, la *tubercolosi*.

E siano lodi ai governi ed ai privati che hanno ingaggiato questa lotta per proteggere le popolazioni minacciate! Ma — ripeto ciò che ho detto altre volte, prima e durante questa guerra e che mai mi stancherò di ripetere (1): perchè mai non si oppone una difesa altrettanto energica e *volenterosa* contro un male ben più nefasto della tubercolosi? Perchè non si vuol combattere, con la stessa forza e con la stessa fede, la lue, della quale si potrebbe aver ragione più facilmente che non della tubercolosi?

La Società, di ogni epoca, non ha voluto mai opporre alla sifilide, la difesa che la scienza ha apprestato nel campo della terapia, come in quello della profilassi. E se sono lontani i tempi, in cui i sifilitici venivano segregati nelle foreste in preda al male tremendo — che era venuto dall'America, di recente scoperta, e contro il

(1) *Eredo-sifilide tardiva e servizio militare.* « Giornale di med. mil. », 1910.
La difesa sociale contro la sifilide in rapporto alla profilassi ed alla cura della sifilide e della eredo-sifilide nei militari. VII Congresso internazion. di med. Roma, 1912.
Dermosifilografia di guerra e sua importanza militare e sociale. « Giornale delle Malattie veneree e della pelle », fasc. III, IV e V, 1917.
Per l'avvenire della nostra stirpe. « Resto del Carlino », Bologna, 1° marzo 1918.
La difesa sociale contro la sifilide e le malattie veneree. Commissione per il dopo guerra. « Bullet. Scienze Mediche », Bologna, 1919.

quale non si sapeva fare di meglio che innalzare preghiere a Dio, flagellatore del protervo genere umano — se sono lontani quei tempi, oggi non si fa tutto quello che è in nostro potere per cancellare quel vergognoso ricordo, che non trova più scuse nella mancanza della terapia. La quale, specie nel primo decennio di questo secolo, ha fatto passi da gigante; ma non è stata, purtroppo, seguita dall'applicazione delle norme di profilassi, dalle quali solamente si può sperare una vera bonifica umana dalla sifilide. E bisogna riconoscere, purtroppo, che nella lotta contro siffatto morbo, il cuore non ha saputo seguire il cervello umano!

Perchè mai avviene ciò? Innanzi tutto per la comune apatia che si ostina a far considerare sotto il ristretto punto di vista individuale una malattia, che è essenzialmente un pericolo sociale. La collettività è poco difesa e meno ancora educata. L'educazione del popolo è deficiente o addirittura nulla, perchè è impastata di pregiudizi e di falso pudore, che circondano di mistero tutte le questioni sessuali e quindi *a fortiori*, l'igiene e la patologia degli organi della generazione. Poi perchè la lue favorisce mirabilmente questa tendenza della Società: essa ha come principale caratteristica quella di potersi *nascondere* quasi in tutto il suo lungo decorso. Il suo inizio, che può rimanere talora sconosciuto allo stesso malato, spesso è suscettibile di rapido miglioramento con cure facili ed indolori, le quali possono essere praticate di *nascosto* senza che l'infermo modifichi le sue abitudini di vita. L'ulteriore decorso è accompagnato per lo più dal pieno benessere fisico e quando — quasi sempre per mancanza di cure e per complicazioni — sopravviene la morte, questa non viene riconosciuta che raramente quale epilogo della tragedia, che la sifilide ha iniziato. Essa avviene per solito dopo molti anni, talora dopo un lungo periodo di latenza che può perfino mentire la più perfetta salute, e per lesioni multiformi, con manifestazioni comuni ad altre malattie, sotto le quali la lue *si nasconde* a meraviglia, talora anche agli occhi dei medici! Giustamente il prof. Murri, nell'augurarsi che la lotta contro questo morbo venga intensificata, mi diceva un giorno: « Se si potessero svelare i numerosi casi ed i danni della sifilide — non quelli che vedono loro specialisti, ma quelli che vediamo noi clinici medici sotto le forme più svariate di lesioni organiche, specie del sistema nervoso e dello apparecchio cardio-vascolare — quanto non sarebbe maggiore l'energia nel combatterla! ». Questa verità enunciata dal grande medico e confermata da illustri anatomo patologi dovrebbe rendere tutti preoccupati e solleciti per la difesa della umanità contro una infezione, che le ricerche scientifiche vanno ogni giorno riconoscendo quale vera dominatrice nel campo della patologia! Purtroppo però l'andamento subdolo della sifilide è favorito in modo veramente pernicioso dalla nostra educazione, che, come ho detto, circonda del più dannoso mistero e dichiara vergognosa e segreta ogni questione di igiene e di patologia sessuale. Essa induce perciò il sifilitico ad occultare il suo male, a trascurarne la cura, a non rifuggire dalla menzogna anamnestica di fronte al medico e perfino a commettere un vero delitto contro sè stesso e contro la Società, quale è quello del matrimonio in periodo di contagiosità di un male, che ha la funesta prerogativa di immiserire fisicamente e moralmente le famiglie, quando non ne tronca addirittura la discendenza!

Il medico poi, secondo le vigenti disposizioni di legge, è costretto a curare di *nascosto*, a mentire, occorrendo, d'accordo col sifilitico, ed a divenire in tale modo un alleato del malato e del male. Spesso egli non è chiamato se non quando la minaccia della sifilide è grave; quando qualche funzione è già lesa, quando una energia è fiaccata, quando la luce di una intelligenza è presso a spegnersi o la discendenza di una famiglia è minacciata o compromessa. E l'opera sua arriva talora in tempo ad arginare il male, in casi tanto gravi! E da ciò la Società trae motivo per non temere abbastanza e per non combattere ad oltranza la lue, che una cura veramente miracolosa riesce quasi sempre a domare? Ma può bastare questo beneficio, che si limita agli individui, ad acquietare le coscienze dei governanti? Quali mezzi vengono impiegati, quali provvidenze veramente energiche vengono *apprestate* ed *imposte* per colmare i vuoti che la sifilide ogni giorno, all'insaputa del pubblico, va creando? Quali leggi sono state emanate per impedire il matrimonio dei sifilitici in periodo di trasmissibilità? (1). Quanti, in questo periodo postbellico, così propizio alla nu-

(1) La Sezione per l'igiene sociale (XXIV) della Commissione per il dopo guerra, dietro mia proposta, nella seduta del 27 gennaio c. a., fra altre determinazioni riguardanti la difesa sociale dalle malattie veneree e dalla sifilide, ha formulato il seguente voto: « .... che sia sancito il principio del certificato medico prematrimoniale, che nei riguardi della sifilide sarà più facilmente accettabile in quanto dovrà imporsi esclusivamente al futuro sposo, nella quasi totalità dei casi responsabile dei contagi coniugali ». « Bullettino delle Scienze mediche », Bologna, 1919.

zialità, non daranno agli imenei il suggello della sifilide? Quanti non avranno già fecondato le loro donne, rendendosi colpevoli di una « *procreation coupable* », come ha definito il Fournier la generazione dei sifilitici nel periodo di maggiore contagiosità? Quale Stato ha provveduto ad impedire tale misfatto, se non per altro, per una considerazione di indole demografica? Nessuno degli Stati più civili e più evoluti; mentre — vedi ironia! — in alcuni Stati Americani, non certo fra i primi nella scala dei popoli civili, come il Michingam, esste il divieto al matrimonio per *gli alienati*, per *i tubercolotici* e per *i sifilitici*, e nel Dakota la legge prescrive la visita medica « *ai candidati al matrimonio!* ».

La Società attende forse che la tragedia, resa più tremenda dalla maggiore diffusione della lue dopo questa grande guerra, sia nel suo pieno sviluppo per imporre contro la sifilide provvedimenti energici come quelli che va adottando contro la tubercolosi? E dire che sifilide e tubercolosi sono così spesso alleate che la campagna antisifilitica aiuterebbe non poco quella antitubercolare. « *La tubercolosi cammina sospinta dalla lue, dalla malaria, dalle molteplici malattie professionali...* » ha scritto l'Anile (1). Ciò è vero ed è risaputo. Perchè dunque *non si vuole* fare una sola grande lotta contro i due mali così nefasti al genere umano, specialmente ora che la più micidiale fra le guerre, ha falciato sui campi di battaglia la parte migliore di nostra gente, immolatasi per il trionfo della Civiltà e della Patria? Come potrà affermarsi la vittoria, ottenuta a prezzo di tanto sangue, se essa non sarà seguita dal trionfo nel campo, incruento, ma non meno arduo, delle arti delle scienze, delle industrie e dei commerci, che hanno bisogno di vigore fisico e di energie intellettuali e morali? Nè dimentichiamo che questa guerra non è solo guerra di principii e di aspirazioni, *ma è lotta di razze*. Questo concetto che ho espresso nel 1917 (2) ripeto anche oggi, affermando la necessità di ripopolare e di ripopolare bene — eliminando tutte le cause di inquinamento della nostra stirpe, fra le quali primeggia la lue — se vogliamo cogliere i frutti della nostra vittoria.

Bisognerà, come ho detto, ripopolare per riparare le perdite che la guerra ha prodotto e per conservare alla nostra razza la sua purezza e la sua integrità, per cui in ogni epoca essa ha avuto in quel primato, invano conteso attraverso i secoli al gentil sangue latino. E le perdite sono state gravi per noi italiani specialmente che abbiamo generosamente dato tutte le nostre sostanze ed il migliore sangue nostro: perdite dirette per l'olocausto di 500 mila giovani e promettenti esistenze sui campi di battaglia della terra, del mare e del cielo, e perdite indirette per la diminuzione dei matrimoni e delle nascite e per l'aumento della mortalità non solo dei bambini (mortalità per svariate cause dipendenti dalla guerra), ma anche di donne e di uomini, nel fiore degli anni e nella pienezza del vigore, per l'imperversare della fiera pandemia di *influenza*, alla cui diffusione certamente non è stata estranea la guerra stessa.

Dobbiamo perciò proteggere ancor più la maternità. Essa, minata attraverso i secoli sopratutto dalla sifilide, ha avuto durante questa guerra un altro grande nemico nel *lavoro delle donne nelle officine*, imposto dalle necessità belliche. Una facile inchiesta riescirebbe a dimostrare che è molto diminuito il numero dei nati dalle numerose donne, che per tanti mesi hanno alimentato le officine ed i cantieri operai e che prima animavano in gran parte le campagne ed i villaggi, dedite alle cure della famiglia e della prole. Renè Bazin ha pubblicato, a tale proposito, nell'*Echo de Paris* una interessante lettera di un industriale, il quale fra le altre cose ha detto: « *Fa pietà vedere uomini gravi discutere progetti di protezione della maternità per le operaie delle officine. Non hanno mai visto nè officine nè città operaie? Coloro che vivono in queste officine ed in queste città non esitano a dichiararlo: esse sono delle divoratrici di uomini* ». E soggiunge: « *Credere che con sale di allattamento ed altri cataplasmi per gambe di legno si rimedii allo spopolamento, significa illudersi. Esiste fra queste parole — maternità=operaia di officina — tale contrasto che non si può a meno di sorridere nel considerare i mezzi proposti...* (1) ». Ed il Vicarelli in uno studio molto coscienzioso, eseguito negli stabilimenti industriali della provincia di Torino, ha inoltre rilevato un elemento demografico, di grande importanza per la profilassi sociale, nel decadimento fisico « *fino della nascita* » dei figli delle classi lavoratrici. Quale terreno favorevole non hanno poi trovato la tubercolosi e la sifilide negli opifici e nelle caserme, che hanno reclutato la parte della popolazione più giovane, più florida e quindi più atta alla procreazione?

La diminuzione della popolazione in alcuni

(1) F. DE NAPOLI. *Dermosifilografia di guerra e sua importanza militare e sociale.* (l. c.).

(2) ANILE ANTONINO. « Riforma Medica », 1918.

(1) Riferito dalla « Medicina Internazionale » del 31 dicembre 1917: *La donna nelle officine*, del dott. MOLINÊRY di Barèges.

paesi, prima della grande guerra era già notevole per la tendenza a non avere figli o ad averne pochi. La Francia, l'Inghilterra e la Germania se ne mostravano preoccupate e Roosevelt, l'ex presidente degli Stati Uniti, sette anni fa espresse la sua riprovazione ed il suo sdegno (*Minerva*, 1° aprile 1912, pag. 298) e ricordò che i principali doveri dell'uomo e della donna sono quelli verso la famiglia, maledicendo coloro che « *per evitare responsabilità e per godere il lusso e le comodità si sottraggono al più grande obbligo di ogni cittadino, che è la perpetuazione della razza* ».

La piaga sociale è oggi aumentata per effetto della guerra: prima erano il neomalthusianismo, la soppressione e la restrizione delle gravidanze, l'aborto provocato e perfino la castrazione delle donne i mezzi delittuosi, che in concomitanza di stati morbosi — in gran parte di origine luetica, blenorragica o tubercolare — funzionali od organici dell'apparecchio generatore, creavano un'allarmante diminuzione delle nascite. Ora, in conseguenza della guerra sterminatrice, hanno concorso allo spopolamento la lontananza di tanti uomini giovani e validi, l'abnorme stato fisico e morale dei genitori, e — sopratutto — l'esaltazione della lue, che si è verificata durante e dopo tutte le guerre, e che — insidiosa, perchè ignorata se non trascurata addirittura — va diradando le file dei combattenti per l'avvenire civile dei popoli.

La Germania, che tanto spietatamente ha voluto la spaventevole ecatombe senza esempio nella storia, e che cinicamente ha sacrificato, per il trionfo del militarismo prussiano, le sue legioni in masse compatte, si è mostrata, durante la guerra, molto preoccupata della questione della popolazione. E con manifesti, diffusi dapertutto e raffiguranti una madre tedesca con un bambino fra le braccia, ha cercato, in nome dell'« *Avvenire della Germania* » segnato ai piedi della figura, di inculcare la protezione dei bambini. Mentre, d'altra parte, sempre per l'incremento della popolazione, ha, più che tollerato, incoraggiato le unioni libere e la poligamia, ad onta delle vantate virtù domestiche e della elevatezza morale teutonica. Però non ha mai perduto di vista la vera e grande nemica della maternità e dell'avvenire dei popoli, la lue, che fin dai primi giorni di guerra fu combattuta insieme con le altre malattie veneree.

E perchè noi non ci decidiamo a combattere a fondo, almeno in questo *dopo guerra*, la più tenace e la più pericolosa nemica del genere umano, che insidia in tutti i modi la maternità, sia con la sterilità, sia soffocandone i teneri germi, quando in essi appena comincia a pulsare la vita? Anche più incombe oggi questo dovere contro un nemico, che — a differenza della guerra — perseguita le sue vittime attraverso le generazioni, imprimendo nelle razze indelebili stimmate di decadimento fisico, intellettuale e morale. Più che mai ora bisognerebbe cercare di eliminare tutte le cause di degenerazione della nostra stirpe: e fra queste la sifilide è certamente la più nefasta. Ed io penso che, per quanto discutibili, dovrebbero essere tenuti presenti i concetti della « *eugenica* », essendo emerso chiaro da questa guerra l'incomparabile valore della perfezione delle razze umane per conseguire qualsiasi vittoria o progresso. Tommaso Campanella, che dell'*eugenica* ebbe la concezione molti secoli prima che il Galton se ne facesse il banditore in Inghilterra e negli Stati Uniti, scrisse ai suoi tempi ciò che si può ripetere oggi: « *Noi abbiamo cura di avere un'ottima generazione pei nostri cavalli, non per la nostra stirpe* ». Egli, mentre ci mostra gli abitanti della sua *Città del Sole* « *farsi beffe di noi, che, affaticandoci pel miglioramento delle razze dei cani e dei cavalli, talmente trasandiamo quello degli uomini* » ammonisce, da uomo politico quale fu, che « *la principale causa dei mali pubblici sta nel cattivo modo di trattare la generazione e l'educazione e che quindi esse devonsi religiosamente commettere alla saggezza del Magistrato, siccome primi elementi per la felicità di un popolo* ». Ed il gran filosofo calabrese, preoccupato della felicità della discendenza dei suoi *Solari*, si preoccupa anche della sifilide « *che non può far progressi perchè lavano spesso i corpi con vino, si ungono di olii aromatici e sudando sciolgono il vapore fetido da cui deriva la corruzione del sangue e della midolla* ».

Dichiariamo pure utopistica la sua idea dei « generatori pubblici » come immorale è la proposta del Lapouge, del «*servizio di riproduzione*» al pari di qualsiasi altra concezione sulla regolamentazione coattiva delle unioni, possibile solo fra gli animali, dei quali noi usiamo dirigere e governare a nostro talento la procreazione. Tutto ciò, come la stessa *eugenica Galtoniana*, non è conciliabile colla riproduzione umana fatta non di sola materia, ma di spirito e *basata purtroppo, sulla convenienza,* ma non neghiamo, *per carità*, il valore filosofico e politico del pensiero del Campanella, che mira al miglioramento delle stirpi umane, per un fine altamente civile, quale è quello che il grande calabrese attribuisce agli abitanti della « Città del Sole ».

Essi infatti dovevano generare « *non per loro ma per la republica: poichè la parte è del tutto e non il tutto è per la parte* ».

Concetto elevato del dovere di ogni cittadino, che dovrebbe, ora più che mai, considerare il matrimonio non come un atto individuale, ma come una funzione statale. E lo Stato a questo concetto dovrebbe, con tutti i mezzi conciliabili con la natura e con la sacra libertà umana, richiamare i cittadini per impedire il decadimento della razza.

Che se ho dichiarato utopistica e perfino immorale ogni forma di coazione nelle unioni fra uomo e donna, non so d'altra parte come definire l'abbandono nel quale è lasciato il matrimonio in quanto sarebbe richiesto — specialmente ora — dall'interesse supremo della salute pubblica.

Se non è umano regolare la riproduzione degli uomini, come si regola quella degli altri animali e dei vegetali, non è prudente nè morale lasciare il matrimonio senza alcun controllo sanitario che escluda almeno i pericoli della lue. Quale agente contribuisce al decadimento delle razze più della lue, nefasta per eccellenza, sia che uccida in mille modi chi l'acquisisce, sia che — *vero germe della morte che s'annida nel germe della vita per soffocarlo o deformarlo* — si perpetui ancora più perniciosa, nelle famiglie producendo sterilità, aborti, nati morti, polilетalità infantile, malformazioni organiche, anomalie ed inferiorità funzionali, rachitismo, atrepsia, idrocefalia, tabe e paralisi giovanili, epilessia, psicosi, ecc.? E la sifilide — teniamolo bene in mente — allorchè contamina un talamo minaccia la Società.

Nè si creda, erronamente, che essa sia l'infezione delle sole donne disoneste. Quante donne oneste non ne sono invece le vittime innocenti? Per convincersene basta ricordare ciò che ha rilevato in proposito il più grande sifilografo, Alfredo Fournier. Secondo una sua statistica « *nella clientela di città il 20 % delle donne sifilitiche sono maritate: di esse il 70 % sono contagiate dal marito, già sifilitico prima delle nozze, ed il resto (30 %) dal marito, che ha contratto l'infezione dopo il matrimonio. Il primo semestre del matrimonio è quello, in cui avviene per lo più il contagio della giovane sposa* » (1). Ciò avveniva a Parigi in tempi normali. Che cosa sarà già accaduto od accadrà dopo questa guerra, che alle malattie veneree ed alla sifilide specialmente ha dato tanta diffusione?

(1) A. FOURNIER. *La syph. des honnet femmes.* « Bull. de l'Acad. de Méd. », 2-9 octobre 1906, pp. 190-232.

Oggi tutti fanno a gara per venire in aiuto di coloro che hanno combattuto e delle loro famiglie, tanto che il Governo è intervenuto per disciplinare e dirigere a determinati ed utili scopi le generose offerte. Perchè tra i fini patriottici e civili non viene posto quello di una vera bonfica del nostro paese dalla sifilide, il male pernicioso ed invadente, di cui nessuna statistica potrà mai dirci i danni incommensurabili?

Sono certo che il nostro Governo, il quale ha preso tanto a cuore la lotta antitubercolare, non mancherà di aiutare la campagna antisifilitica. Però la sola azione governativa non basta; occorre il concorso dei privati e deve consistere segnatamente nella educazione della gioventù e del popolo, nella propaganda e nella liberazione delle coscienze dal lungo e dannoso pregiudizio, che finora ha tanto aiutato la sifilide nella sua opera micidiale. Le famiglie debbono essere difese sopratutto nella salute, che è minacciata gravemente dalla sifilide. Questa difesa coinvolge un grave problema, biologico e sociale insieme, che bisogna risolutamente affrontare. Si succedono i congressi scientifici, si costituiscono commissioni, si cerca in tanti modi di dare incremento alla puericultura, creando *créches* e *pouponniers* e *gocce di latte* per aiutare lo sviluppo dei bambini, vere cellule sociali, che rappresentano il più grande patrimonio per l'avvenire. Si provvede insomma a far sì che essi crescano bene (per quanto anche sotto questo punto di vista la sifilide non sia tenuta abbastanza di mira) e non si pensa a farne nascere molti, di più almeno, ed a farli nascere in condizioni di vitalità non solo fisica, ma anche morale ed intellettuale, affinchè essi siano in grado di continuare questa lotta, che dai campi di battaglia sta per passare su campi più ardui, dove alla forza delle armi sarà sostituito il vigore delle razze per prevalere e vincere nelle opere civili!

E questo vigore consiste essenzialmente nell'avere popolazioni sane, intelligenti e numerose, dotate insomma dei valori fisici, intellettuali e morali indispensabili per prevalere; valori che proprio la sifilide, sopra ogni altra malattia, annienta o diminuisce. Perciò la lotta contro questo morbo deve essere intrapresa da tutti quelli che intendono bene l'amore verso la patria, proteggendo le famiglie — che si sono già ricomposte e che vanno ricomponendosi o formandosi — dal male insidioso e spesso latente che ne turba il benessere e che ne minaccia la discendenza, la quale deve scaturire da fonti pure e sane per preparare la forza più viva e più combattiva nelle future lotte.

Bisogna che la donna, temporaneamente e per necessità belliche assente dalla casa, vi torni per compiere la sua più vera e più alta missione; ma che vi torni sicura e protetta dal male che è il più gran nemico della maternità e della prosperità domestica. Essa deve riprendere il posto che le spetta per il bene dell'Umanità. Dico ciò convinto della necessità di restituire alle famiglie la donna, che con la sua fecondità può apportare alla nostra patria il più gran bene. E se bisogni impellenti, per l'assenza di tanti uomini, hanno richiesto il concorso muliebre in lavori nocivi alla maternità, ciò deve cessare ora che la pace è tornata. Per la famiglia e per la società non vi sono *donne superflue*, perchè tante di esse debbano ancora deviare dalla loro missione sociale e fisiologica.

La signora Ethel Colguhon (*Nineteereth Century and After*, aprile 1914) — non sospetta certamente di antifemminismo — ha scritto: « *la donna superflua è tale sopratutto perchè non è capace di occupare il posto che sarebbe disponibile per lei. Noi alleviamo maestre, dattilografe ed impiegate, mentre abbiamo bisogno di madri, di mogli e di massaie* ». Ora quante sono le donne operaie, mentre tanto è cresciuto il bisogno di madri, di mogli e di massaie?

Si faccia dunque in modo che ai bisogni corrispondano le provvidenze per un maggiore incremento delle famiglie e delle popolazioni che sono il più grande patrimonio di ogni paese. In ciò sta l'avvenire.

Sarà cómpito del Governo e dei tecnici stabilire con una saggia politica sanitaria quali debbano essere i mezzi per raggiungere lo scopo. Nè è il caso di discutere qui sulla opportunità della *visita prematrimoniale* o di qualsiasi altro mezzo di profilassi familiare. Noi dobbiamo avere di mira la sterilizzazione sociale dalla sifilide, che, a differenza della sterilizzazione degli individui infetti, si può ottenere mercè la potente terapia della quale disponiamo ed anche più mercè la profilassi delle anime e delle menti, che bisogna sopratutto educare e convincere alla necessità della lotta mercè l'*Unione Sacra contro la due.*

Questa generazione, che ha sostenuto il peso della guerra, ha anche l'obbligo di rifare e di perpetuare la magnifica gente nostra che si è immortalata sui mari, nel cielo, sul « *fiume di nostra vita* », come sul Grappa « monte a noi sacro » che sarà la meta dove

..... mostrando
Verran le madri ai parvoli le belle
Orme del vostro sangue.....

o eroici soldati d'Italia. E dobbiamo far sì che i pargoli siano degni dei padri, che hanno ripetuto e superato le gesta degli avi!

Che nulla quindi sia trascurato perchè la lue — di cui possiamo avere ragione, non intacchi la fibra adamantina, la salute e la purezza di questa nostra razza, alla quale la natura ha voluto dare una degna culla, nella *magna parens frugum,* brama dei nostri barbari e secolari nemici per sempre abbattuti.

Preserviamo la razza! deve essere il nostro grido, nè si ripeta oltre, scioccamente, il solito ritornello: che i vantaggi della lotta contro la lue sarebbero piccoli e che lo scopo non si raggiungerebbe interamente. Chi ha tenuto conto di una simile, meschina obbiezione, quando si è trattato di intraprendere la lotta contro la tubercolosi, sebbene senza armi potenti come quelle che possediamo contro la lue? Chi si rifiuta di spegnere la favilla (diciamo solamente favilla!) capace di produrre un vasto incendio?

Ma ai dubbiosi ed ai sistematici oppositori, che in fondo sono individui apatici o in malafede, si può rispondere con le parole che il Fournier pronunziò a proposito di un'altra questione riguardante la profilassi antivenerea: « *Piccolo quanto si voglia* (il vantaggio) *è evidente che è tanto di guadagnato!* ».

Tanto di guadagnato per la difesa della nostra patria e della nostra discendenza che porterà con sè il gran retaggio del passato e tutte le speranze dell'avvenire. *Difendiamo dunque la nostra razza,* proteggendo innanzi tutto la famiglia e la maternità contro la lue, che è il male che maggiormente le insidia. E, se non il dovere di aver cura della presente generazione, almeno ci....

punga una volta
Pensier degli avi nostri e de' nepoti.

Dimostrando anche così il culto per questa nostra Italia, che oggi vede la sua grande vittoria, imporporata dal sangue dei suoi figli più generosi, diminuita nei suoi frutti dalla concorrenza di altra gente. Concorrenza che rappresenta una ineluttabile necessità biologica: *la lotta per l'esistenza.*

I popoli, come gli individui, non possono sottrarsi a questa lotta che ha per primo coefficiente di vittoria, la popolazione prevalente quantitativamente e qualitativamente! Ricordiamolo!

Prof. De Napoli Ferdinando
della R. Università di Bologna.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I riflessi profondi nelle malattie costituzionali.

(R. SCHMIDT. *Medizinische Klinik*, 1919, n. 37).

Il contegno dei riflessi tendinei oltre ad avere una notevole importanza diagnostica in neuropatologia, costituisce un sussidio non disprezzabile in medicina interna. Ad ogni modo, ad evitare errori diagnostici, conviene tener presente che i riflessi possono essere modificati oltre che nelle affezioni nervose, anche in malattie che appartengono al dominio della medicina interna.

In numerosi casi di diabete si riscontra mancanza quasi assoluta del riflesso patellare. Di regola esistono rapporti diretti fra diabete ed ariflessia benchè non esista un parallelismo tra la gravità del diabete e l'indebolimento dei riflessi, in quanto si può anche trovare in forme gravi la persistenza dei riflessi. Le cause di questa ariflessia si suole attribuire ad un' alterazione infiammatoria o degenerativa del nervo crurale. Ma sarebbe ben strano che le fibre elettive dei riflessi tendinei possano essere alterate da sole, anche quando rimangono integre le vie sensitive e motrici. D'altra parte è noto che le polineuriti tossiche con il quadro clinico di una pseudotabe costituiscono una complicazione molto rara del diabete. È più verosimile che l'ariflessia sia in rapporto con un disturbo funzionale delle cellule costituenti il centro dell'arco riflesso.

Il problema dell'assenza o diminuzione dei riflessi nel diabete si riconnette con la quistione dell'ariflessia costituzionale degli individui sani. Questa specie di ariflessia è stata finora poco considerata. L'ariflessia costituzionale senza traccie di malattie cui possa mettersi in rapporto, pare sia l' indice di uno stato degenerativo, e pare si trovi più facilmente in individui candidati al diabete. Bloch su 694 scolari tra i sei ed i nove anni trovò la mancanza del riflesso patellare solo in tre ragazzi e due ragazze, che appartenevano a famiglie neuropatiche e presentavano altre note degenerative, come la sindattilia. Berger in 1409 individui sani trovò l'ariflessia 22 volte ossia nell'1.5 % dei casi.

I fatti constatati finora fanno ritenere che possa esservi effettivamente una ariflessia costituzionale senza causa apparente, ma d'altra parte confermano anche che essa è un'anomalia costituzionale nel senso di una degenerazione anatomica o funzionale. Secondo alcune osservazioni l'ariflessia costituzionale si combinerebbe con l'isteria, l'epilessia, l'ipoplasia dell'aorta, affezioni gastriche. Essa sarebbe frequente in discendenti di diabetici.

Un fatto molto importante è la frequente mancanza o indebolimento del riflesso patellare nel cancro dello stomaco. Su 60 casi Schmidt trovò il riflesso assente in 5 casi, in 15 era fortemente indebolito, in 18 normale, in 22 esagerato, e ciò senza che fossero evidenti altri segni di affezioni organiche o funzionali del sistema nervoso. Resta ancora a decidere se questo disturbo del contegno del riflesso patellare sia l'effetto dell'alterazione del ricambio materiale o di prodotti tossici cancerosi sul sistema nervoso, o se sia invece un segno preesistente della degenerazione costituzionale.

Secondo alcune osservazioni l'ariflessia patellare si riscontrerebbe in seguito ai gravi traumi articolari. Schmidt invece avrebbe trovato esagerazione nelle affezioni infiammatorie del ginocchio.

Di particolare interesse è l'ariflessia negli stati tossi-infettivi. Pfaundter l'avrebbe trovata nella pulmonite dei bambini. Da altri sarebbe stata trovata nel tifo, dove i riflessi scomparirebbero all'acme della malattia e ritornerebbero col miglioramento dell'infermo.

Nel morbo di Addison i riflessi patellari possono mancare ma possono anche essere esagerati. Al riguardo bisogna notare che i riflessi tendinei hanno in confronto dell'adrenalina un contegno molto interessante. Schmidt è riuscito ad ottenere mediante iniezioni di adrenalina nuovamente e temporaneamente il balzo del ginocchio in soggetti nei quali il riflesso patellare era già spento.

L'ariflessia può aversi nell'esaurimento da fatica e post-convulsivo. È stato bene accertato che in seguito a marcie forzate il riflesso patellare si spegne. Verosimilmente ad un analogo fenomeno di esaurimento si deve la mancanza del riflesso negli stati post-convulsivi.

Nei tumori cerebellari non raramente si ha assenza del riflesso patellare, forse per l'aumento di pressione nel sacco durale, ma più probabilmente per la mancanza degli influssi cerebellari sulla produzione dei riflessi tendinei. L'ariflessia unilaterale dal lato stesso dell'affezione del cervelletto confermerebbe questa ultima ipotesi. Analogamente si potrebbe spiegare, secondo Bastian, l' ariflessia nella sezione trasversa della parte inferiore del midollo cervicale.

La mancanza dei riflessi tendinei si ha completa nello stato agonico, nel coma e nella narcosi.

Nelle malattie costituzionali oltre alla mancanza o alla diminuzione del riflesso patellare si può avere esagerazione dello stesso fenomeno.

Nella nefrite acuta e subacuta, nelle gravi anemie e specialmente nell'anemia progressiva, si può avere esagerazione dei riflessi tendinei che nel reumatismo articolare acuto può giungere fino al clono. Anche nella tubercolosi e nel tifo si può avere esagerazione. Iperiflessia si ha anche in seguito

ad iniezione di stricnina, dopo i bagni caldi, in seguito a movimenti vibratori e rotatorî del corpo, dopo l'applicazione di corrente alternante. Azione deprimente invece hanno i bromuri ed il cloralio.

Secondo Schlesinger nella vecchiaia nel 99 % dei casi il riflesso patellare è presente.

Due principali teorie sono state emesse per spiegare la fisiogenesi del riflesso patellare. Secondo Westphal, Gowers ed altri la contrazione in seguito al colpo è dovuta alla eccitazione diretta del muscolo. Secondo Erb invece si tratta di un fenomeno riflesso. Il centro di questo riflesso, a parte le eventuali azioni deprimenti e rafforzanti dei centri superiori, trovasi alla sostanza grigia del midollo spinale. A questo centro per la via del sangue affluiscono prodotti endocrini, discrasici, tossici e tossi-infettivi modificando in senso positivo o negativo l'attività, dove il vario comportamento del riflesso nelle varie malattie che sono legate come causa o effetto ad una intossicazione dell'organismo. *Dr.*

MEDICINA.

La meningite latente dei sifilitici.

(SÉZARY — *Paris médical*, 1919, n. 40).

Finora si riteneva quasi generalmente che la meningite fosse l'origine, la causa comune di tutte le affezioni sifilitiche del sistema nervoso centrale. Questa concezione che a prima vista sembrava seducente e pareva desse la spiegazione di molti fatti, non resiste ad una critica severa e sopra tutto è contraddetta dalle recenti acquisizioni scientifiche sulla etiologia della sifilide.

Innanzi tutto conviene riconoscere che la meningite generalizzata e latente dei sifilitici non presenta caratteri che ne confermino la specificità. Le lesioni istologiche sono banali e si differenziano da quelle di altre meningiti solo per la loro relativa leggerezza. Nè il reperto del liquido cefalo-rachidiano è più caratteristico: la leucocitosi non ha alcun carattere patognomonico, gli spirocheti sono assenti, la reazione di Wassermann nel periodo secondario è generalmente negativa nel liquor quando è nettamente positiva nel sangue. D'altra parte gli spirocheti non sono mai stati osservati nelle lesioni meningee di individui sifilitici.

Si è fatto quindi un ragionamento molto semplicista quando si è ammesso che le meningiti latenti dei sifilitici siano di natura sifilitica, ossia direttamente determinate dal treponema. Questo può essere un fatto verosimile, ma non scientificamente dimostrato.

D'altra parte le prime ricerche sulla microbiologia della sifilide hanno dimostrato che il treponema presenta un'affinità speciale per le cellule parenchimatose. Gli spirocheti hanno una speciale predilezione per l'ectoderma, e questa affinità non si limita ai tegumenti ma si estende a quella parte differenziata dell'ectoderma che forma i centri nervosi.

Noguchi, Levaditi, Marie e Bankowski hanno osservato che gli spirocheti si trovano sopratutto nelle cellule nervose della corteccia o nelle loro vicinanze immediate. « Si può dire brevemente, scrive Noguchi, che il rapporto tra spirochete pallida ed elementi dei tessuti dei cervelli affetti costituisce una spirochetosi diffusa di tutto il cervello colpendo sopra tutto gli strati corticali. Malgrado una infiltrazione cellulare diffusa non è stata ancora dimostrata la presenza di spirocheti nella pia madre e nelle pareti dei vasi sanguigni ».

Se si considerano poi i fatti anatomo-patologici la meningite è la lesione più evidente, quella che maggiormente colpì gli alienisti, tanto che la paralisi progressiva fu riconosciuta come una periencefalo-meningite cronica diffusa o aracnite cronica. Ma le recenti acquisizioni dell'istomicrobiologia hanno confermato il fatto che la paralisi progressiva è un'encefalite corticale e che la meningite che l'accompagna è un processo contingente. Allo stato attuale essa può essere considerata come una lesione infiammatoria dipendente dalle alterazioni cerebrali vicine, allo stesso modo che certe reazioni pleuriche, peritoneali o pericardiche sono consecutive a lesioni parenchimatose degli organi che le dette sierose avviluppano.

La natura della tabe all'incontro non è ancora sufficientemente chiarita. La patogenesi di questa affezione ha sollevate numerose discussioni; le lesioni primitive sono state successivamente attribuite al midollo, alle radici posteriori, alle meningi. La teoria di Nageotte è quella che conta maggior numero di seguaci: la tabe è anatomicamente caratterizzata da una lesione infiammatoria che colpisce un certo numero di radici sensitive o motrici alla loro uscita dallo spazio sotto-aracnoideo e che si riallaccia con una sifilosi generalizzata delle meningi. La esistenza di una nevrite radicolore trasversa nella tabe è innegabile; ma una tale lesione si osserva in tutte le forme di meningiti acute senza che per questo si produca la degenerazione indelebile dei cordoni posteriori. È necessario quindi invocare un elemento speciale che spieghi i rapporti stretti tra tabe e meningite sifilitica. Per Nageotte è la cronicità della meningite che determina la nevrite radicolare trasversa. Tuttavia niente prova attualmente che questa sia consecutiva alla meningite. Se così fosse le alterazioni delle radici dovrebbero dapprima predominare alla periferia dei tronchi nervosi e progredire verso il loro centro. Ma in realtà

non è così. Lo stesso Nageotte scrive: « La lesione è ripartita molto irregolarmente sulle differenti radici ed anche sui varii fasci della stessa radice ». Ma a parte ciò tutti gli autori sono d'accordo nel riconoscere che le lesioni meningee dei tabetici sono di lieve intensità. È più probabile che la lesione più che nelle meningi stia nelle radici stesse. Giudizi di certezza non si possono dare fino a quanto non sia accertata la frequenza di spirocheti nelle radici: la osservazione di Noguchi che in un solo caso avrebbe trovato il treponema nei cordoni posteriori non è sufficiente. Per ora è certo solo che l'agente specifico della sifilide non è stato trovato nelle meningi dei tabetici.

Su la meningite latente del periodo secondario si hanno finora solo dati incompleti. Quantunque essa sia stata considerata come la lesione nervosa per eccellenza dei primi stadi della sifilide, si sa che il liquido cefalo-rachidiano non contiene spirocheti, non infetta che raramente le scimmie, che ha negativa la reazione di Wassermann. Allo stato quindi delle conoscenze appare più verosimile che nella paralisi progressiva e nella tabe lo spirochete si localizzi primitivamente nei centri nervosi e che secondariamente si produca l'irritazione, l'infiammazione delle meningi, origine della leucocitosi cefalo-rachidiana. E l'assenza di lesioni microscopiche, nei centri nervosi di sifilitici secondari, non contraddice questa ipotesi in quanto che è risaputo che gli spirocheti, specie nella sifilide ereditaria, possono trovarsi in organi le cui lesioni sono nulle o poco marcate.

La meningite sarebbe una reazione banale della sierosa in contatto dei focolai di pullulazione degli spirocheti e dei tessuti sclerosati e degenerati. Si potrebbe paragonare questo processo a quello che si ha nella pleura vicina ai focolai di bronco-alveolite corticale anche asettica, o nel peritoneo a contatto di visceri addominali infetti o degenerati. Si sa d'altra parte che le meningi possono infiammarsi a contatto di lesioni primitive dei centri nervosi sia asettiche (rammollamenti cerebrali, tumori, sclerosi a placche) sia microbiche (zona, rabbia). Recentemente Weissenback, Mestregat e Bouttier hanno dimostrato che le ferite del cervello e la suppurazione intracranica possono accompagnarsi ad una sindrome meningea con reazione puriforme asettica del liquido cefalo-rachidiano.

Insomma la meningite dei sifilitici, il cui reperto più importante è dato dalla puntura lombare, pare sia un indice e non la causa delle lesioni nervose parenchimali che l'accompagnano. Secondo questa ipotesi sarebbero anche spiegati i relativi insuccessi di quel metodo terapeutico che tenta curare la sifilide nervosa agendo sulle meningi attraverso la via intrarachidea.

Dr.

CHIRURGIA.

Delle rotture traumatiche dell'uretra.

(F. MASMONTEIL, *Gazette des Hôpiteaux*, n. 30, 17 maggio 1919).

Definizione. — Sotto il nome di rottura traumatica dell'uretra si designa ogni soluzione di continuità completa o incompleta delle pareti di questo canale, prodotta da un corpo contundente che agisce indirettamente e senza essere in contatto immediato con il tessuto della parete uretrale.

Questa definizione comprende dunque le rotture, le lacerazioni e le contusioni ed esclude le ferite diverse e le lacerazioni da calcoli e da corpi estranei (false strade).

Storia. — Il meccanismo della rottura della uretra ha dato luogo a numerosi lavori fra cui bisogna citare quello di Ollier e Poncet (1871), la memoria di Cras (1876) e la tesi di Terrillon (1878).

In questi ultimi vent'anni il trattamento ha sollevato numerose discussioni. Sul cateterismo retrogrado appaiono gli studi di Estor (1895), di Legueu (1900), di Trombert (1901), di Chaput (1902). Sulla scoperta del capo posteriore bisogna segnalare i lavori di Forgue (1903) e di Heitz-Boyer (1909). L'uretrostomia perineale seguita d'autoplastica uretrale consigliata da Guyon e Legueu e studiata da Pasteau e Iselin (1906). La tecnica consigliata da Marion e Heitz-Boyer (*Association française d'urologie,* 1910) costituisce un reale progresso, trasformando la evoluzione e la prognosi di questa lesione. Con la sutura primitiva dell'uretra dopo derivazione delle urine con la cistostomia, la cicatrizzazione avviene per prima intenzione, mettendo al sicuro dai restringimenti ulteriori.

Anatomia patologica. — Le lesioni dell'uretra presentano tre gradi:

1° La rottura interstiziale, lesione della tunica media;

2° La rottura parziale, lesione di due tuniche;

3° La rottura totale, lesione delle tre tuniche.

Primo grado o rottura interstiziale. — Si produce una rottura del tessuto erettile che circonda l'uretra nella sua parte spugnosa. La mucosa e la fibrosa restano intatte, l'ematoma forma un tumore intraparietale e l'uretrorragia non può prodursi.

Secondo grado o rottura parziale. — La mucosa e la guaina spugnoso-muscolare sono lacerate; il focolaio interstiziale comunica con il canale uretrale, esposto all'infezione e producente

l'uretrorragia. Generalmente la mucosa è lesa su una parte della sua circonferenza, raramente su tutta; più raramente ancora la lacerazione è limitata al tessuto erettile e al suo involucro fibroso.

Terzo grado o rottura totale. — Il tessuto spugnoso è lacerato insieme con le membrane interna ed esterna. Vi è comunicazione fra l'uretra e il perineo con possibilità d'infezione e sopratutto di diffusione dell'infezione, all'uretrorragia si aggiunge il tumore peri-uretrale. La rottura delle tre tuniche può essere limitata ad una parte della circonferenza del canale (rottura incompleta), o farsi circolarmente (rottura completa).

Nella rottura incompleta è generalmente la parete superiore che è intatta, e la continuità del canale è assicurata, il cateterismo resta facile, la ricerca operatoria dell'uretra non offrirà alcuna difficoltà. Nella rottura completa i due capi dell'uretra si allontanano di 2, 4, 6 cm., lasciando una cavità intermediaria, riempita di coaguli sanguigni e di urina. I due capi del canale sono contusi; la mucosa è raggrovigliata e difficile a trovarsi, specie quella del capo posteriore. In questi casi, e sono i più frequenti, il cateterismo è impossibile, dannoso e per conseguenza sempre da evitarsi.

Sede ed estensione delle lesioni. — Le rotture dell'uretra prostatica sono rarissime, s'accompagnano sempre a lesioni diffuse del perineo e quasi tutte sono determinate da traumatismi mortali.

Le rotture dell'uretra membranosa sono frequenti, si vedono in seguito a contusioni violente e sono, in generale, totali e complete. I due capi si allontanano e il capo posteriore è introvabile nel focolaio di contusione situato profondamente. Questo focolaio comunica con i prolungamenti anteriori della fossa ischio-rettale; così l'emorragia e l'infezione si faranno strada nel perineo posteriore, intorno all'ano, e solo eccezionalmente verso il bacino sotto il peritoneo.

Le rotture dell'uretra perineale sono le più frequenti, hanno sede in corrispondenza del bulbo, sono il più delle volte totali e complete. La emorragia e l'infezione avverranno nella regione perineale anteriore, guadagnando la regione scrotale e le regioni vicine.

Le rotture dell' uretra peniena sono rare in seguito a traumatismi, più spesso avvengono nell'erezione ed hanno sede allora, in modo elettivo, in corrispondenza dell'angolo peno-scrotale. La rottura è interstiziale o parziale; la fibrosa è sempre intatta, sbarrando la via all'emorragia e all'infezione.

Oltre le lesioni uretrali, il traumatismo ha potuto provocare altre lesioni nelle parti vicine, come scollamenti sottocutanei o sotto-aponeurotici riempiti di sangue, lacerazioni del legamento triangolare sottopubico, scollamenti della radice dei corpi cavernosi, rottura di questi, frattura del pube, lesioni della pelle, ecc.

Etiologia e meccanismo - Uretra peniena. — Si rompe raramente allo stato di flaccidità schiacciata contro il pube da un calcio, da una ruota di vettura. La lesione si produce generalmente durante l'erezione, qualche volta per un trauma diretto (calcio, pugno); più spesso per azione indiretta (« falsi passi del coito » di Guyon, torsioni dell'asta, rotture della corda nella blenorragia).

Uretra perineale. — Si tratta di contusioni dirette: calcio, caduta a cavalcioni su un corpo duro, ecc. Il corpo contundente agisce schiacciando l'uretra sia contro la sinfisi pubica, sia contro le branche ischio-pubiche, sia contro il piano resistente delle aponeurosi pelviche. Ora lo schiacciamento è laterale (teoria di Cras) allorchè l'oggetto contundente è stretto e può impegnarsi sotto l'ogivo pubico per cacciare e schiacciare l'uretra contro la branca ischio-pubica. Ora lo schiacciamento è mediano (teoria di Poncet) allorchè l'oggetto troppo voluminoso non può penetrare nell'ogivo pubico e schiaccia il canale sia contro la faccia anteriore della sinfisi pubica se il corpo è inclinato in avanti, sia contro la spina tagliente del legamento di Carcassonne, se il corpo è inclinato indietro.

Uretra membranosa. — In una maniera generale si può dire che l'uretra membranosa è inaccessibile ai corpi diretti. Essa si può trovar lesa: 1° nelle fratture del bacino; 2° nelle lussazioni della sinfisi pubica; 3° nelle cadute sugli ischi da un luogo alto, per disgiunzione temporanea della sinfisi (Legueu). In questi casi la lesione può prodursi direttamente per lacerazione del canale contro uno dei frammenti; più spesso si produce per allontanamento delle branche ischio-pubiche e lacerazione delle aponeurosi pelviche a cominciare dall'uretra che le traversa.

STUDIO CLINICO. — A) *Uretra peniena*:

1° *Dolore.* — Si produce un dolore vivo al momento della rottura, quasi sincopale, che però si attenua rapidamente e scompare quasi completamente. Esso ha una grande importanza perchè può essere il primo ed unico sintomo che indica la lesione.

2° *Uretrorragia.* — Manca nelle rotture interstiziali, ma nella generalità dei casi la mucosa è alterata e l'uretrorragia segue immediatamente al traumatismo, da poche gocce ad un getto ab-

bondante di sangue, mai però in proporzioni allarmanti.

3° *Disturbi della minzione.* — La minzione non è disturbata; qualche volta esiste un po' di disuria nei primi giorni.

4° *Esame fisico.* — Assenza di tumefazione peri-uretrale; in qualche caso una leggiera ecchimosi alla radice dell'asta.

Evoluzione. — Ogni rottura, anche la più leggera, è un restringimento in germe (Bœckel). Ordinariamente in 2-3 giorni tutto rientra nello ordine normale fino al periodo del restringimento. Sono eccezionalissime le complicazioni immediate.

B) *Uretra perineale.* — Nei casi leggieri si tratta di un uomo che ha ricevuto un calcio sul perineo o sulle borse; il dolore è stato ed è vivissimo; egli perde sangue dal meato. In capo a qualche ora urina da solo, e lo stesso, sebbene stentatamente, fa in seguito. Lo scroto è fortemente ecchimosato; non si trova alcuna tumefazione ma solo un punto dolorosissimo a carico del bulbo. Tale è il quadro di una rottura interstiziale.

Nei casi ordinari la sintomatologia è più accentuata. In seguito all'accidente, il ferito ha provato un dolore vivissimo, sincopale; la sua camicia s'è subito lordata di sangue, ed ecco come si presenta all'ospedale:

1° Il dolore ha sede sul perineo, vivo da principio, è rimpiazzato in seguito da una sensazione di distensione.

2° L'uretrorragia è costante (salvo nei casi di rottura interstiziale), è immediata, è intermittente (si sospende appena un coagulo oblitera il canale per ricomparire ad ogni minzione o ad ogni tentativo di sondaggio). Le emorragie sembrano più abbondanti nelle rotture parziali che nelle rotture totali e complete, perchè in queste il sangue, invece di eliminarsi per l'uretra, si diffonderebbe nel perineo.

3° Il tumore perineale è incostante. Se la guaina fibrosa del bulbo ha resistito, il perineo, dolente al tatto, è appena tumefatto. Se è rotta, si forma in qualche ora sul perineo anteriore una tumefazione mediana, voluminosa, dolorosa, tesa, che solleva la pelle ecchimotica.

4° La ritenzione di urina è la regola, per riflesso o per azione meccanica.

Evoluzione. — Nei casi benigni, i sintomi si attenuano e la guarigione si fa senza infezione, ma il malato conserva fatalmente un restringimento traumatico che si affermerà nettamente dopo uno o due anni.

Negli altri casi, la ritenzione cessa, il malato urina, qualche goccia arriva al meato, la più gran parte si diffonde nel focolaio della rottura; accade l'infezione, anche se l'urina è amicrobica, per i saprofiti del canale uretrale. Ciò è il punto di partenza di una peri-uretrite flemmonosa diffusa; la pelle si ulcera, si formano delle fistole. Qualche volta l'evoluzione è più grave, si ha infiltrazione d'urina con sfacelo diffuso delle borse; ed anche può prodursi una setticemia mortale.

C) *Uretra membranosa.* — Il traumatismo è stato considerevole; il ferito non ha potuto alzarsi, è pallido, ha il polso piccolo:

1° Il dolore locale è insignificante; il ferito accusa dolori un po' da per tutto, senza attirare l'attenzione sul perineo.

2° Esiste l'uretrorragia; il sangue s'infiltra nel basso-fondo vescicale e nel perineo profondo.

3° Assenza di tumefazione perineale, ma una ecchimosi perianale svela l'infiltrazione sanguigna delle fosse ischio-rettali.

4° La ritenzione di urina è costante e completa nei primi giorni; poi la minzione ricompare stentata dolorosa.

Evoluzione. — Se le lesioni sono abbandonate a sè stesse, l'infezione si produrrà fatalmente e gravemente, perchè interesserà nello stesso tempo il focolaio di frattura e il focolaio di rottura, determinando una cellulite pelvica o una setticemia mortale. L'intervento scongiurerà queste complicazioni immediate, ma non libererà dal restringimento.

Forme cliniche. — Nella donna è eccezionale la rottura dell'uretra; forse potrà prodursi in seguito a parti laboriosi, ad applicazioni di forcipe. La mucosa vaginale resiste, l'uretra soltanto si lacera. L'uretrorragia passa generalmente inosservata e solo 6-7 anni dopo il restringimento attira l'attenzione.

Nelle forme complicate da rottura dei corpi cavernosi, che si hanno durante l'erezione, ai segni di rottura dell'uretra, s'aggiunge qualche volta la percezione di un rumore secco al momento dell'accidente, sempre la cessazione dell'erezione. In qualche settimana si guarisce, ma persistono disturbi più o meno marcati dell'erezione; il coito diventa impossibile o difficilissimo.

Diagnosi. — La diagnosi non presenta in generale difficoltà; l'anamnesi attira l'attenzione sul perineo e l'uretrorragia associata alla ritenzione d'urina fa pensare alla lesione uretrale.

Nei traumatismi dell'uretra peniena, quando marca il sintomo capitale, l'uretrorragia, si baserà la diagnosi sul dolore vivo al momento del coito, sull'ecchimosi dell'angolo peno-scrotale, sulla comparsa di un restringimento tardivo.

Nei traumatismi dell'uretra perineale la diagnosi è facile; la sola difficoltà è di precisarne

la sede. Quando esiste una tumefazione perineale la rottura è totale, ma non si può dire se la rottura è completa o incompleta. Se non vi è tumefazione perineale, la diagnosi di sede è impossibile e la sola risorsa è di ricorrere, come consiglia Legueu, al cateterismo prudente: se l'esploratore passa, non si tratterebbe di una lesione totale e completa; si rimpiazzerebbe l'esploratore con una sonda a permanenza.

Nelle lesioni dell'uretra membranosa entra in diagnosi differenziale la rottura della vescica. Con l'esplorazione rettale, si esplorerà da una parte il globo vescicale, dall'altra le branche ischio-pubiche per riconoscere l'esistenza di una frattura. Se la vescica è distesa, la lesione è a carico dell'uretra; se invece il globo vescicale manca nell'assenza delle minzioni, si concluderà per una rottura vescicale, sopratutto se l'ipogastrio è teso e doloroso. Il cateterismo, se riporta urina, afferma l'integrità della vescica; ma questa manovra è condannata da molti perchè troppo dannosa. Il ferito, vittima di un traumatismo del bacino, deve essere portato immediatamente sul tavolo operatorio e la cistostomia, primo tempo del trattamento, fisserà molto meglio il bilancio delle lesioni.

Prognosi. — Nei casi leggieri, in cui tutto si riduce ad una uretrorragia passeggera e a una leggiera disuria, la lesione sarebbe assolutamente benigna se il restringimento non ne fosse la conseguenza fatale.

Nei casi gravi, l'uretrorragia è eccezionalmente minacciante; invece la ritenzione di urina è grave. Per il ferito, infatti, la posizione è terribile: bisogna pisciare o perire (Heister). Se non s'intervenisse si avrebbe rottura vescicale o anuria, o il ferito sforzandosi d'urinare inonda il focolaio di rottura, per cui infezione, asceso urinoso, infiltrazione d'urina, setticemia sono la minaccia immediata. Se questi accidenti sono evitati, il ferito può conservare una fistola perineale. Il restringimento è l'evoluzione fatale di tutte le rotture traumatiche dell'uretra spugnosa.

TRATTAMENTO. — I. *Trattamento classico.*

A) *Rottura dell'uretra peniena.* — In caso di emorragia, irrigazioni uretrali con acqua bollita caldissima, seguite o no da instillazioni di qualche goccia di una soluzione di adrenalina al 1000°; vescica di ghiaccio localmente. Se l'emorragia persiste malgrado questi mezzi, Legueu consiglia di ricorrere alla sonda a permanenza che farà l'emostasi per compressione, ma questa sonda si terrà appena 24-48 ore per non provocare l'infezione.

Per la ritenzione d'urina, Legueu ricorre al sondaggio intermittente, Lejars consiglia di tentare il cateterismo, ma, in caso di difficoltà, di fare una uretrotomia esterna o meglio una cistostomia soprapubica con restaurazione precoce del calibro del canale.

In caso d'infiltrazione d'urina, si sbriglierà la regione infiltrata dopo cistostomia.

B) *Rotture dell'uretra perineale.* La condotta varia con gli autori: mentre per Jeambrau è preferibile di non tentare il cateterismo per evitare una falsa via e gravi accidenti infettivi, per Lejars il cateterismo, inutile in caso di minzione spontanea, è indicato in caso di ritenzione e per Legueu il cateterismo è autorizzato, consigliato quando manca la tumefazione perineale. Bisogna distinguere infatti:

1° I casi in cui non esistono al perineo tumefazione evidente: rotture benigne. In questo caso, si fa il cateterismo e si lascia la siringa a permanenza per qualche settimana. Se il cateterismo non è possibile, non bisogna insistere, ma fare subito l'uretrotomia esterna.

2° I casi in cui esiste una tumefazione perineale: rotture gravi. Non bisogna tentare mai il cateterismo; bisogna ricorrere d'*emblée* allo intervento. Puntura ipogastrica se l'operazione immediata non è possibile.

L'operazione da farsi è l'uretrotomia esterna.

Primo tempo: *Incisione.* — Sulla linea mediana del perineo si fa un'incisione interessante i piani superficiali e si mette allo scoperto il focolaio di rottura.

Secondo tempo: *Ricerca dell'uretra.* — Si asportano i coaguli e s'introduce una sonda per il meato. Se la rottura è parziale, se cioè la sola parete inferiore è interessata, la sonda s'impegna facilmente nel capo posteriore: si fa allora la sutura dell'uretra e secondo lo stato delle parti molli e l'infezione della ferita, si suturano o non i diversi piani del perineo. La sonda si lascia a permanenza.

Se la rottura è totale, la ricerca del capo posteriore è il tempo delicato. Se si trova si procede alla sutura dell'uretra; se non si trova, si potrà ricorrere:

1° Alla resezione del tessuto contuso e messo a nudo dell'aponeurosi perineale, che fa scoprire facilmente l'uretra membranosa (Heitz-Boyer).

2° Al cateterismo retrogrado per l'uretra membranosa (Le Dentu, Forgue).

3° Al cateterismo retrogrado dopo cistostomia.

Ritrovato il capo posteriore, si fa la sutura dell'uretra e se l'allontanamento dei due capi non permette l'affrontamento si suturano i due capi dell'uretra alla pelle.

Terzo tempo: *Sutura dell'uretra o fistolizzazione dei due capi alla pelle.* — La sutura della

uretra si fa sulla sonda che si lascia a permanenza durante la cicatrizzazione. Con la stomia perineale niente sonda a permanenza, ma bisogna rifare in seguito l'uretra con autoplastica.

Quarto tempo: *Ricostituzione del perineo e sutura della pelle.* — Se i tessuti sono molto contusi, bisogna lasciar colmarsi la ferita per granulazioni.

C) *Rotture dell' uretra membranosa.* — Sono sempre gravi e bisogna intervenire rapidamente per opporsi agli accidenti dell'infiltrazione di urina.

Si farà un uretrotomia esterna. Con una incisione trasversale prerettale si mette a nudo il focolaio di rottura e si ricerca il capo posteriore. Se non ci si riesce, si ricorre alla cistostomia e al cateterismo retrogrado. Trovato il capo posteriore, si mette una siringa a permanenza, intorno alla quale si sutura il canale, e la si lascia per una ventina di giorni. Cominciare la dilatazione precoce per combattere il restringimento del canale.

II. *Trattamento moderno.* — Per ottenere buoni risultati immediati e tardivi, dopo l'uretrorrafia circolare, la cicatrizzazione deve farsi senza infezione e senza irritazione. È perciò che si fa una derivazione d'urina dalla via ipogastrica e che si sopprime ogni sonda a permanenza, perchè la sonda a permanenza può infettare, irrita sempre la ferita uretrale ed espone al restringimento ulteriore.

Tecnica operatoria:

1° Si pone il malato nel decubito orizzontale, si procede alla cistostomia soprapubica e si pone un *béniqué* nell'uretra posteriore passando per la vescica.

2° Il malato è posto nella posizione del taglio perineale; una grossa sonda è spinta per il meato nell'uretra.

Primo tempo: *Incisione perineale* mediana, sezionando la pelle, il tessuto cellulare e l'aponeurosi perineale superficiale.

Secondo tempo: *Ricerca dell'uretra,* facile grazie alla sonda uretrale e al *béniqué* vescicale.

Terzo tempo: *Resezione della parte malata dell'uretra,* e affrontare solo tessuti sani. Questa resezione potrà raggiungere i 6 cm. senza nuocere alla ricostituzione del canale. In caso di emorragia si tamponerà o si metterà una pinza.

Quarto tempo: *Liberazione del capo anteriore* con la sua guaina spugnosa dagli altri piani: aponeurosi media indietro, corpi cavernosi avanti. Emostasi.

Quinto tempo: *Passaggio dei fili d'appoggio.* — Si passano due fili nello spessore dell'uretra, sulla parte anteriore e con questi stessi fili si traversano i tessuti della parte media della ferita; la loro legatura attira indietro il capo anteriore e lo mantiene a contatto dell'uretra posteriore.

Sesto tempo: *Sutura* dell'uretra con punti non perforanti, due superiori e tre inferiori, sulla guida della sonda.

Settimo tempo: *Sutura dei piani superficiali.* Si termina con la medicatura della ferita perineale, il ritiro della sonda uretrale e l'applicazione del drenaggio ipogastrico.

Per 15 giorni, niente lavaggi nè sondaggi del canale uretrale. Al 15° giorno si sopprime il drenaggio ipogastrico e si lascia urinare il malato da solo. Poca urina passa per il canale uretrale, la più gran parte si elimina per l'orificio della cistostomia. Poi aumenta progressivamente la quantità di urina per l'uretra, e in capo a una diecina di giorni la fistola ipogastrica si chiude. Se così non fosse, si potrebbe mettere una siringa a permanenza per qualche giorno.

Indicazioni operatorie. — Questa tecnica è applicabile in tutti i casi di rottura dell'uretra, tranne:

1° Nelle rotture interstiziali dell'uretra bulbare senza emorragia e senza ritenzione (differire l'intervento fino alla comparsa del restringimento).

2° Nelle rotture dell'uretra perineale, con lesioni diffuse oltre i 6 cm., perchè allora la coattazione dei due capi sarebbe troppo tesa e fallirebbe (preferire in questi casi la fistolizzazione perineale dei due capi, seguita da autoplastica secondaria).

3° Nelle rotture dell'uretra membranosa (Marion non consiglia qui l'uretrorrafia circolare; egli mette una sonda a permanenza e lascia l'uretra cicatrizzarsi attorno).

4° Nelle rotture già infettate (in questi casi si ricorrerà all'uretrotomia esterna o meglio alla doppia uretrostomia perineale).

B. MASCI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE SAN'ANTONIO DI TRAPANI.

Tubercolosi primitiva del rene destro con ptosi. Nefrectomia.

CONTRIBUTO CLINICO

per il dott. CARMELO SOLINA, chirurgo primario.

Al caso clinico che sono per esporre farò seguire alcuni ricordi e considerazioni, di cui alcuni si riferiscono al caso stesso ed altri alla tubercolosi renale ed in ispecie alla primitiva nei riguardi principalmente della prognosi e degli esiti.

D'A... V... in L., di anni 33, da Trapani, padre e madre morti a 65 anni: il primo di paralisi cardiaca, la seconda di tumore mammario (carcinoma). Fratelli due, viventi e sani; un terzo morto di tubercolosi pulmonale. Sorelle: una vivente e sana; un'altra morta di eclampsia in gravidanza. Figli tre viventi e sani. È stata in passato sempre di buona salute.

La presente malattia data dal mese di ottobre 1915 e si è rivelata con un ematuria abbondante, che è stata confusa con un aborto; però essendosi ripetuta dopo circa un mese, accompagnata da colica renale, è stato chiamato un medico che la mise in rapporto col rene mobile. Dopo di allora intanto ad intervalli irregolari e senza alcuna causa, le ematurie si sono ripetute di diversa durata ed intensità, accompagnate talvolta (due sole volte) a colica intensa renale della durata di qualche giorno; il più spesso invece senza alcun disturbo subbiettivo. Non ha notato che lo strapazzo corporeo avesse influenza nella produzione dell'ematuria; però spesso aveva notato che seguiva alle osservazioni del medico. Non ha notato mai muco-pus ed altri depositi nelle orine, poichè sono state sempre limpide e perfette, eccetto i periodi di emissione di sangue. Non può dire se abbia mai avuto febbre, durante la permanenza in famiglia, perchè non l'ha mai constatato col termometro, però notava un accaloramento ed un lieve senso di malessere nelle ore pomeridiane e che la notte andava soggetta a sudori.

È stata ricevuta il 12 aprile nel mio reparto, occupando il letto N. 80 ed è rimasta in osservazione per circa 40 giorni con febbre leggera serotina e qualche rara ematuria più lontana e più lieve nel modo di manifestarsi che a casa sua. Ha avuto una sola colica renale accompagnata da ematuria abbondante, però senza anuria temporanea e tenesmo vescicale, che erano stati i sintomi predominanti delle coliche avute in casa.

Si tratta di una donna molto anemica con cute e mucose scolorate, discretamente nutrita, con masse muscolari e pannicolo adiposo poco sviluppato e con apparato scheletrico regolare.

All'ispezione dell'addome non si riscontra niente di rilevante; alla palpazione invece, in corrispondenza dell'epigastrio, porzione destra, e precisamente sotto il fegato, si nota una tumefazione della grandezza di un limone piuttosto grosso, a superficie liscia, consistenza duro-elastica (più accentuata della ordinaria renale), a margini perfettamente delimitati, non spostabile coi movimenti respiratori. È bene distinta dal fegato, non è dolente alla pressione ed è mobile, facilmente conducibile in alto nella regione renale, dove più non entra per il suo volume aumentato (è bene rilevabile colla palpazione bimanuale) in basso fino alla fossa iliaca, ove sul piano osseo su cui poggia si mettono meglio in evidenza i caratteri di uniformità della superficie, che è, come abbiamo detto, perfettamente liscia, senza che alcun punto attiri l'attenzione, sia per la sua dolorabilità, che per la differenza di consistenza. La forma è quella di un rene, però più ingrossato ed arrotondato. Mentre il tumore è tenuto basso la palpazione della regione renale riesce negativa, però nella forte ispirazione sembra di palpare una resistenza che dà l'impressione di trattarsi più del fegato, che del rene.

Durante il tempo di degenza nell'Ospedale il tumore non subisce alterazioni nel suo volume, che a detta del medico curante si mantiene sempre lo stesso fin dal mese di dicembre, cioè fino alla prima sua osservazione e così pure costanti sono gli altri caratteri.

All'esame delle orine raccolte col cateterismo divisorio si riscontra quanto appresso: nella stessa unità di tempo dal rene sinistro viene segregata una quantità di orina quattro volte maggiore di quella fluente dal rene destro. All'osservazione macroscopica il colorito ed aspetto sono normali, alla microscopica si ha: nell'urina del rene destro abbondanti emazie, pochi corpuscoli purulenti, abbondanti granuli di urati amorfi, piccole cellule epiteliali cilindriche; del rene sinistro qualche emazia, qualche corpuscolo purulento, abbondanti granuli di urati amorfi. Nell'ematuria il primo getto delle urine come le ultime goccie sono egualmente colorate. L'urea è anormale in tutte e due i reni e la densità è di 1022. Il fegato è nei limiti normali. Negativo è l'esame dei polmoni e del cuore. Parimente lo è quello dello stomaco, degli intestini, dell'apparecchio genitale, della vescica urinaria e delle glandole linfatiche.

Diagnosi. — Due sono i processi morbosi che si prospettano: un neoplasma od una tubercolosi del rene destro. L'ereditarietà è per tutti e due.

Dei neoplasmi renali, ed è a pensare soltanto dei maligni, il più frequente è il sarcoma, sia di origine della capsula grassosa, o del connettivo interstiziale del parenchima. La superficie liscia, i margini bene delimitati e la consistenza duro-elastica del tumore a prima giunta vi fanno pensare. Però finchè un tumore maligno del rene non si rileva che per il dolore e l'ematuria che si ripete a brevi intervalli e ciascuna volta abbondantemente la diagnosi è impossibile. L'esame accurato delle urine di frequente ripetuto non ha ritrovato sempre che sole emazie. Le coliche sofferte dall'inferma sembrano dovute al passaggio nell'uretere di grumi sanguigni per congestione, od inginocchiamento, o torsione di tutto l'ilo, uretere e vasi insieme, non infrequenti del rene mobile.

Nell'inferma il dolore non è mai esistito, nè le ematurie sono state sempre frequenti ed abbondanti. I sarcomi in tempo relativamente breve possono acquistare grande volume ed il tumore renale nel periodo non breve di quaranta giorni di degenza dell'inferma nell'Ospedale non si era ingrossato.

L'altro processo morboso è la tubercolosi che, come è noto, ha un reperto anatomo-patologico così variabile da non corrispondervi un unico quadro clinico.

L'esame negativo degli altri organi fa pensare solamente alla forma primitiva in cui il bacillo deve necessariamente battere la via della circolazione sanguigna. In questo caso si suole dare gran peso diagnostico alla forma dolorifica ed all'ematica, ma nessuna delle due è caratteristica; però, quando l'una e l'altra si complicano a piuria il sospetto è fondato, specie quando non preesistevano emofilia renale od infezioni dovute a blenorrogia, o cateterismi settici. (Durante).

Nell'inferma mai si ebbe dolore e nell'esame delle urine, frequentemente ripetuto, non si riscontrarono che solo traccie di muco-pus. La dimostrazione dei bacilli è la prova più sicura ed è una delle principali esigenze diagnostiche per conoscere la tubercolosi delle vie urinarie. La ricerca, difficile direttamente, è invece per lo più facile iniettando pochi grammi di sedimento di urina nel connettivo sottocutaneo delle cavie, ciò che fu fatto una sola volta e con risultato negativo di cui dirò in seguito la ragione. La cuti-reazione avrebbe contribuito alle ricerche, ma questo mezzo di indagine, a cui però gli urologi non attribuiscono grande valore diagnostico, non era a mia disposizione. Non mi fu dato neanche di constatare i punti ureterali dolorosi, cui si suole dare grande importanza. D'altra parte, il deperimento della nutrizione, l'aspetto sofferente, la debolezza, i dati anamnestici e lo stato oligoemico dell'inferma, associati ad un sintomo di alto valore clinico, che era dato da una lieve ma costante elevazione termica nelle ore della sera (la temperatura si eleva da 37° a 37,6) e da sudori parziali notturni, la frequenza secondo l'Israël di tutte le tubercolosi primitive nel sesso femminile, in proporzione di 3/4 sull'altro sesso, rendono non dubbia la diagnosi di una tubercolosi primitiva del rene.

La nefroptosi poi non trae evidentemente la sua origine dalle cause comuni ma bensì dall'ingrossamento per processo morboso del rene stesso, reso ancora più agevole dalle note condizioni anatomiche del rene destro. Dalla storia clinica non risulta se essa precedette all'ingrossamento dell'organo. Un rene mobile è soggetto ad ammalarsi più facilmente di uno sano. È un fatto non dubbio che in alcuni casi la tubercolosi primitiva del rene può rimanere latente senza alcun sintomo, e che soltanto per un influenza esterna, in seguito a qualche causa occasionale, si desti dal suo stato latente e venga eccitata ad ulteriore progresso. La nefrectomia trova la sua piena ed urgente indicazione, confortata dalla conoscenza sicura della funzionalità del rene sinistro, poichè in nessun'altra malattia del rene, come nella tubercolosi, lo stato d'integrità dell'organo gemello ha un'importanza così rilevante. I bacilli tubercolari se possono giungere in un rene per la via del sangue non è detto che non possano arrivare parimenti nell'altro. Quanto più presto viene posta la diagnosi e quanto più presto viene rimosso il rene, massime se il processo morboso è nel suo inizio, per altrettanto sarà favorevole l'esito immediato dell'operazione e ne seguirà generalmente una guarigione definitiva.

Operazione. — Stabilita l'operazione vi procedo nel mattino del giorno 24 maggio. Etero-morfino-narcosi. Previa disinfezione della pelle, l'inferma viene situata nel decubito laterale sul lato sano. Il fianco che tocca il tavolo, come di norma, viene elevato da un cuscino cilindrico e resistente. Incisione rettocurvilinea alla Gujon. Interessata la cute ed il connettivo sottocutaneo si tagliano successivamente le fibre del gran dorsale nella parte superiore della ferita, i due obliqui e l'aponeurosi del trasverso. Si scopre al disotto il nervo addomino-genitale e la fascia di Zuckerkandl che si lacera con una sonda scanalata in corrispondenza della parte posteriore della ferita. Attraverso a questa apertura, che si ingrandisce colle dita, appare la capsula adiposa perirenale. Per avere un facile accesso al rene s'incide colle debite cautele il legamento costo-lombare, e si allunga in basso di parecchi centimetri la incisione. Un largo divaricatore è situato nel margine della ferita che solleva leggermente il contorno del torace ed ingrandisce il campo operativo da questo lato. Si lacera con i due indici e nel senso verticale lo strato adiposo perirenale sino alla comparsa del tumore, mentre la mano di un aiuto premendo sulla parete addominale anteriore lo spinge verso l'operatore. Il tumore, che appare non del colorito rosso-vinoso del rene, ma come di sostanza cerebrale con sottile rete vascolare alla superficie, occupa il lobo superiore del rene, che si è trasformato come in una arancia. Con delicate manovre di scollamento e non senza stento si porta fuori, e con esso tutto il rene. Il pedunculo non è lungo, ma solido. L'uretere viene preso e legato con grosso catgut, in due punti poco distanti fra di loro, è reciso fra questi col termo-cauterio. Si tiene fuori il filo del capo vescicale. Si procede alla legatura del pedunculo, che si fa con un filo doppio di grossa seta. Collocato sul pedunculo un clamps a ridosso del rene se ne pratica la sezione. Si applica sul moncone una legatura di sicurezza e si legano isolatamente i vasi. Si asporta tutta la capsula adiposa. Il capo vescicale dello uretere, che è sano, è cauterizzato nel suo lume ed affondato. Tutto il campo operativo, la loggia renale e pedunculo specialmente sono riveduti e parecchi punti che sanguinano legati. Si procede in ultimo alla sutura con catgut a piani della parete addominale e nell'estremo inferiore della ferita viene messa una striscia di garza e si lascia non annodato l'ultimo punto della sutura cutanea, che viene fatta con seta. Si copre con abbondante medicatura antisettica.

Decorso ed esiti. — Due ore dopo dall'operazione l'inferma emette delle urine sanguinolente.

Alla sera T. 37.7 P. 75 R. 22. Emette delle urine limpide. È calma e senza alcuna sofferenza.

25 maggio mattino. Notte tranquilla T. 37.1 P. 70 R. 20. Ha emesso delle urine limpide ed abbondanti.

Sera T. 38° P. 80 R. 22.

26 mattino. Notte tranquilla T. 36.8 P. 70 R. 20. Si rinnova la prima medicatura, si toglie la striscia di garza e si annoda l'ultimo punto della sutura.

26 sera. T. 37.3 P. 75 R. 21.

27 mattino. Notte tranquilla come le precedenti. T. 37.1 P. 70 R. 20. Ha avuto abbondanti urine e una dejezione spontanea di buone feci.

27 sera. T. 37°1 P. 70 R. 20.

Nei giorni successivi apiressia.

In ottava giornata si rinnova la medicatura, la ferita è guarita *per primam*.

Si tolgono i punti.

L'inferma sin dal secondo giorno dalla operazione è stata alimentata di solo latte.

Il decorso post-operatorio può dirsi veramente eccezionale. L'inferma non ha avuto nes-

suna sofferenza e dimostra un senso di completo benessere. È rimandata in sala comune ed il giorno 8 giugno dimessa dallo Ospedale.

Reperto anatomo-patologico. — Il rene è notevolmente ingrossato e deformato. Il processo ha invaso il polo superiore trasformandolo come in una grossa arancia. La sua superficie è liscia, nessun nodulo, il colorito giallastro con sottile e scarsa rete vasale venosa. Il resto del rene conserva la sua forma. Praticata una sezione mediana dell'intero rene si notano al disotto della capsula, assai sottile, in ammassi, i noti noduli grigio-giallastri diffusi su tutta l'estensione del polo superiore sostituendone per intero il tessuto renale. Sono confluenti e caseificati, ma non rammolliti. L'embolia bacillare è stata limitata ai vasi del polo superiore. Trattandosi di una infezione ematogena, prima affetta è la zona glomerulare. Il bacinetto renale, lo sbocco dell'uretere e il polo inferiore sono perfettamente sani.

Ed ora brevemente ai ricordi ed alle considerazioni a cui accennavo in principio.

Sono già trascorsi tre anni e l'operata, che ho riveduto pochi giorni addietro, in stato di gravidanza al settimo mese, è in condizioni di salute veramente floride da ritenere per definitiva la guarigione. Nel primo anno all'ipernutrizione, tanto raccomandata e che potè eseguire nei limiti consentiti dalle sue ristrette condizioni economiche, praticò ad intervalli circa cento iniezioni iodo-iodurate e nel secondo anno cinquanta. Nel terzo anno non fece nessuna cura. È noto di quanta efficacia siano le cure iodiche protratte, sotto forma di iniezioni ipodermiche in quasi tutte le affezioni tubercolari.

Il caso riferito da Durante di un infermo operato dal dott. Arnò di Palermo è molto istruttivo: si trattava di un giovane infermo in stato gravissimo con febbre; le masse caseose avevano invaso i tessuti pararenali e la nefrectomia fu seguita tosto da recidiva nei tessuti lombari. Consigliate dal Durante le iniezioni ipodermiche iodo-iodurate, l'infermo cominciò a migliorare e dopo quattro anni godeva florida salute.

La tubercolosi del rene, confusa dapprima colla tubercolosi uro-genitale, è stata oggetto da molti anni di pregevoli studi fondati sull'esperienza clinica ed anatomo-patologica e sulle ricerche statistiche, associate all'indagine sperimentale, in modo da potere formulare un quadro clinico quasi completo della malattia. Le forme, come è noto, sono: la primitiva e la secondaria, della primitiva l'ascendente e la discendente e di queste la prima con maggiore frequenza.

Nella mia operata io inclino a credere che si sia trattata della vera e propria forma primitiva, nel senso che il primo focolaio morboso dell'organismo si sia costituito nel rene; ciò che sarebbe l'eccezione.

D'ordinario il focolajo primitivo, che può avere la sua sede nei polmoni, nella pelle, nelle ossa, nelle glandole linfatiche, o altrove, può essere di poca entità ed in completa guarigione e nondimeno può da esso derivarne per la via del circolo sanguigno l'infezione renale, poichè i bacilli tubercolari che oltrepassano i capillari polmonali restano trattenuti in quelli del rene.

La presenza dei bacilli tubercolari non è sempre dimostrabile, anche nei casi in cui il rene è certamente ammalato. Occorrono talvolta preparati numerosi per rintracciare pochi bacilli. Nella mia operata l'esperimento sulle cavie fatto una sola volta riuscì negativo, è però a ritenere che ove si fosse ripetuto, per come doveva farsi, il risultato sarebbe stato identico, poichè per un certo tempo e fino a che non avviene la necrosi caseosa, per cui i focolai si rammolliscono e si ulcerano e si stabilisce la comunicazione tra questi e l'uretere, si avranno sempre delle urine normali e quindi le ricerche difficili.

L'ematuria nella tubercolosi renale è una evenienza rara. Anche rara è nella ptosi. Ora a quale delle due deve attribuirsi l'ematuria nella mia operata? Potrebbero contribuire tutte due le cause, ma il fatto che l'ematuria si ripeteva quasi tutte le volte che si procedeva all'esame fisico dell'addome, in cui il rene lussato era sottoposto a particolari osservazioni e studio e ricondotto spesso nella sua loggia, fa pensare che la causa principale era da attribuirsi alla ptosi.

La prognosi della tubercolosi renale, a giudizio degli autori, non è uniforme ed il dissenso non è di lieve importanza. Il Durante, che sostiene discutibile la guarigione radicale della malattia con i presidii medici e chirurgici, fa una prognosi molto grave. Due casi dallo stesso operati di nefrectomia per questa affezione, apparentemente primitiva, di cui fa cenno nel suo aureo Trattato di Patologia e Terapia Chirurgica, furono seguiti da morte, uno dopo un anno e l'altro dopo 18 mesi, il primo per tubercolosi generalizzata ed il secondo per uremia probabilmente per ripetizione di processo nell'altro rene. Il solo caso di guarigione assodato sarebbe quello dell'Arnò, avanti menzionato.

Altri, come il Bergmann, fa una prognosi favorevole, tanto negli esiti operatori immediati, come nei risultati definitivi, e tanto più favorevole quanto più presto si praticherà l'operazione.

Che i risultati della nefrectomia per tubercolosi sono sempre migliori è dimostrato all'evidenza dalle statistiche di Smeiden, di quelle personali di Israël, Tuffier, Küster, Abbarran, König, Sched, Bergmann ed altri. Secondo lo Smeiden, che presenta una statistica di 201 casi, le nefrectomie primarie danno una mortalità un po' minore. Così l'Israël registra delle guarigioni definitive constatate fino dopo 9, 7, 3, 2 anni dallo atto operativo;

lo Sched dopo 10, 9, 8, 7, 6 anni; e il Bergmann in una seconda statistica, essendo migliorati i mezzi d'indagine, un caso sopravvissuto 16 anni; 3 casi 11 anni, 3 casi 9 anni, 2 casi 8 anni, 3 casi 6 e 7 anni ed altri di minor numero di anni.

Indubbiamente, dopo l'introduzione dei moderni metodi di esame e specialmente del cateterismo ureterale e della crioscopia i risultati sono di gran lunga migliori.

L'impiego dei divisori dell'urina dà risultati incerti. Anche il cistoscopio da solo in una tubercolosi primitiva del rene senza manifestazioni cliniche, a vescica ancora integra, non rende alcun servizio. È la cistoscopia ureterale quella che illumina la diagnosi delle malattie renali in genere ed in ispecie per la diagnosi precoce della tubercolosi. Una nefrectomia fatta in tempo può impedire che l'altro rene si ammali.

Anche la crioscopia del sangue rende dei preziosi servizi. Essa non ha dato più a lamentare casi di morte per insufficienza renale, pure nei casi in cui non era stato possibile il cateterismo degli ureteri.

Luglio, 1919.

STRUMENTI E APPARECCHI NUOVI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Un nuovo irrigatore vescicale a doppia corrente

per il dottor EUGENIO PIRONDINI.

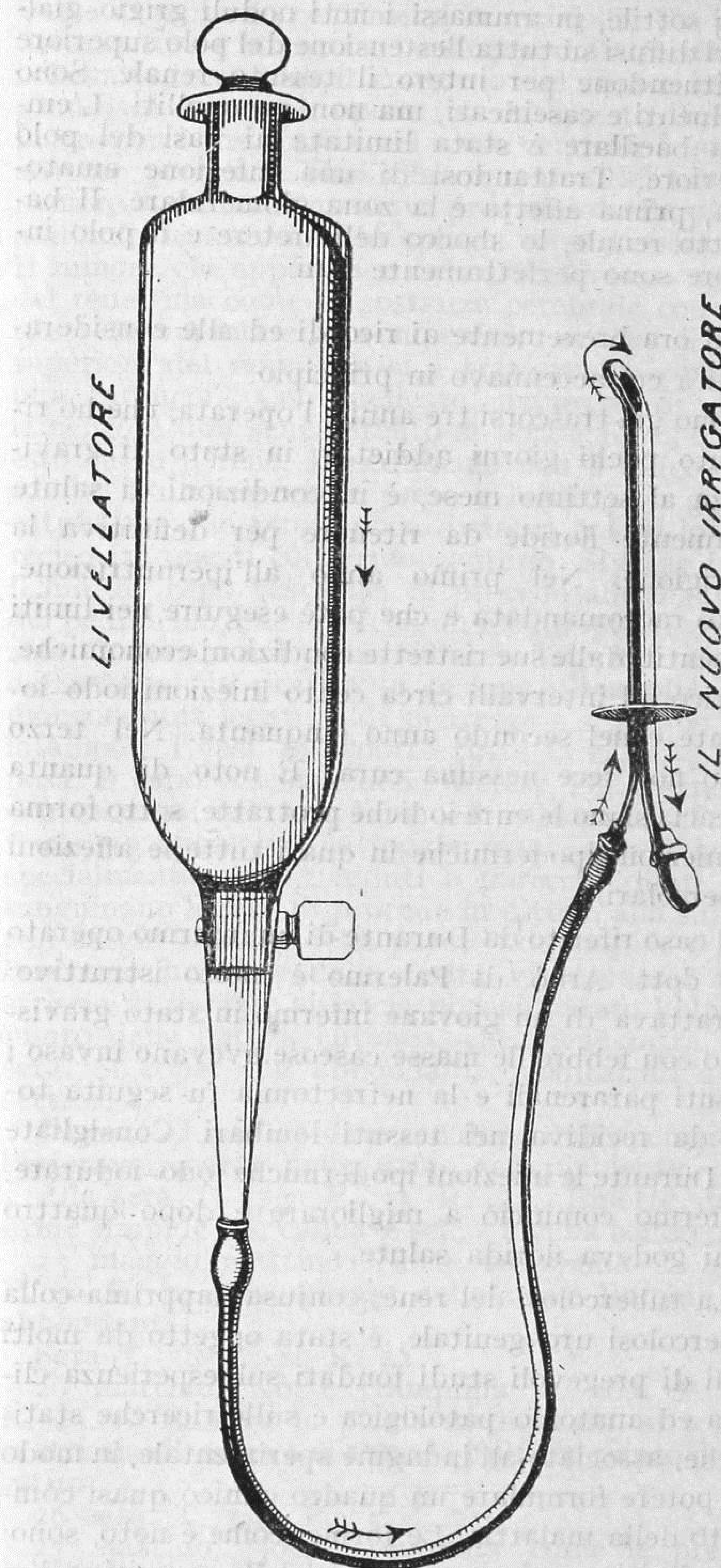
È noto quanto sia delicata e complessa la cura di alcune cistiti ribelli — non di raro specifiche —, che si caratterizzano per una intensa pollacuria dolorosa.

In tali casi la vescica non tollera la minima tensione: i liquidi non potendo essere introdotti che in minima quantità, non riescono a esplicare l'azione detersiva, e se si tenta di ottenere a forza tale efficacia, introducendo volumi maggiori, la vescica più che mai si ribella nel momento e dopo, con insorgenza o aumento delle ematurie, e con esacerbazione della pollacuria dolorosa.

Il lavaggio è dunque del tutto inutile, o estremamente dannoso. Questa è una verità indiscutibile, e sono infatti relativamente frequenti quei casi in cui una cistite fu definita ribelle dopo che fu resa tale da cure scorrette, per una forzata distensione vescicale, col *fine illogico e vano di ottenere una « abitudine » o una « rieducazione » alla distensione.*

In questi casi è dunque fondamentale la regola: *mai lavaggio; sempre e solo istillazione.*

Eppure tale deduzione, tanto giustificata e tanto benefica, non sempre appare del tutto soddisfacente. Questo avviene nei casi in cui le urine sono molto torbide e ricche di detriti, onde è giusto credere che l'azione anche puramente meccanica del lavaggio dovrebbe essere un'utile preparazione a quella chimica della istillazione. E vi sono casi in cui sorge il fondato sospetto che l'i-



stillazione non possa dispiegare tutta l'azione utile, appunto perchè viene meno la preliminare detersione.

In tali casi è possibile — nella donna almeno — fare anche il lavaggio continuo e trascorrente, senza produrre dolore alcuno. Lo strumento migliore per tale scopo è un catetere di curvatura Mercier che ha il fondamentale carattere di avere *il canale di afflusso assai più stretto di quello di*

efflusso, e che viene connesso mediante un tubo di gomma, con un recipiente della capacità di 500–1000 cmc., munito di rubinetto e funzionante da livellatore, come nella figura.

La curvatura Mercier è preferibile, (si intende sempre nella donna almeno), perchè mentre facilita l'introduzione, evita l'urto doloroso del catetere contro la parete vescicale anteriore, urto che avviene con gran facilità adoprando quelli di curvatura Beniquè-Gujon.

La più grande ampiezza del canale di efflusso facilita la fuoriuscita dei detriti. Ma *il fondamentale scopo della differenza di calibro tra i due canali consiste nella maggiore facilità di potere evitare la distensione vescicale.* Che lo scopo possa essere facilmente raggiunto, lo dimostra il fatto che il livello del liquido nel *livellatore* comincia a scendere con una certa rapidità solo se questo viene alzato molto. Ed è precisamente nella altezza del livellatore, il quale viene tenuto direttamente da chi fa il lavaggio e spostato con gran cautela, che risiede il secondo fattore del fondamentale scopo di non distendere la vescica.

Il terzo elemento che garantisce questo scopo è il rubinetto del livellatore. Ma se si procede con gran cautela, quasi sempre almeno, è possibile non servirsene, e completare un gran lavaggio veramente trascorrente e continuo senza il minimo dolore, malgrado capacità ridotte persino a 50–30 cmc. In tali casi la vescica contratta e retratta quasi a mò di cuffia all'intorno del catetere a doppia corrente, nella posizione giusta del livellatore subisce una vera e pura abluzione, precisamente come se una vescica staccata dall'organismo, largamente aperta e quindi spianata, fosse posta sotto un sottile filo di acqua.

Naturalmente, dopo una tale detersione preparatoria, la istillazione potrà meglio dispiegare tutta l'efficacia possibile.

Roma, ottobre 1919.

COMMENTI.

Sulla cura locale della pustola maligna.

Sono vent'anni che pratico la cura locale della pustola maligna, in questo paesello del Cosentino, con l'uso del sublimato corrosivo, finamente polverato. Il metodo è simile a quello che tiene il prof. Savini e che descrive il dott. Carlo Mario Pertusio nel fasc. 41 della Sez. Pratica del p. p. ottobre, e più che al diachidon soglio ricorrere ad un po' d'ostia bagnata, preparata all'istesso modo per applicare e contenere esattamente sulla pustola la polvere del sublimato.

Non pratico incisioni quando la pustola è comparsa da 24–48 ore: ma se data da più di due giorni incido a croce senza raggiungere l'alone circostante; e pratico così perchè parmi necessario in questo caso d'agevolare la penetrazione di qualche po' del sublimato negli strati sottostanti sollecitamente.

L'indomani l'edema circostante, però, trovasi sempre aumentato e me lo spiego pel fatto reattivo locale derivante dal caustico applicato sulla pustola. Quasi sempre, a capo di 24 ore tolgo tutto; pulisco bene la parte da ogni residuo di polvere di sublimato e comincio a praticare l'applicazione d'impacchi caldo-umidi di soluzione fenicata all'uno per cento allungata. L'escara così, fra 10–15 giorni, va via completamente, nettamente.

Non ho mai notato sintomi d'avvelenamento per sublimato nei tanti casi curati in tal modo, nè il dolore provocato è stato qualche volta insopportabile.

Sulle palpebre ho dovuto sempre lamentare la cicatrice deformante.

Non ho avuto un caso di morte e qui la pustola maligna serpeggia continuamente.

Laddove, quindi, non s'ha pronto il siero anticarbonchioso, come sempre è capitato a me, si ricorra pure con fiducia a tale metodo curativo della pustola maligna, che non fallirà.

Mottafollone, 14 novembre 1919.

Dott. GIOVANNI CONFORTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Encefalo mielite acuta.

I. B. Cleland e Alfredo Campbell (*Britisch Medical Journal*, 1919) danno notizia di una forma epidemica apparsa nell'estate del 1917–1918 in alcune località della Nuova Galles del Sud ed altre regioni dell'Australia, che ha varii punti di rassomiglianza con la poliomielite anteriore acuta, tanto che da alcuni fu ritenuta come la forma meningea di quella malattia, opinione che non viene condivisa dagli autori. Essa merita di richiamare l'attenzione del pratico.

Furono oggetto dell'osservazione clinica 134 casi di cui sedici ad esito letale furono seguiti da esame necroscopico. Inoltre furono fatte un gran numero di esperimenti sugli animali.

Questa forma apparve tra gennaio e aprile di due anni successivi, generalmente in località assai lontane dai centri popolosi e con clima assai rigido e freddo. Nelle località infette diede luogo a piccole epidemie localizzate fra i varii membri della stessa famiglia, trasmesse forse per contatto.

Colpì sopratutto i bambini sotto i cinque anni

(nella ragione del 50 %), ma si ebbero pure 34 casi sopra i 25 anni. I maschi diedero il maggiore contributo all'infezione. Il 70 % dei casi furono seguiti da morte, dei guariti alcuni ebbero reliquati di paralisi e disturbi mentali.

La malattia durò da 4 a 6 giorni ma in alcuni casi fulminanti si giunse all'esito letale in 24 ore.

Sembra dagli esperimenti sulle scimmie, che l'incubazione sia dai cinque ai dodici giorni.

Talvolta vi sono sintomi prodromici consistenti in cefalee, stanchezza, malessere, irritabilità, confusione mentale, sonnolenza, dolori vaghi, debolezza agli arti; talora questi sintomi mancano e la malattia insorge improvvisamente.

D'ordinario inizia con vomito, sopratutto nei bambini, seguito da febbre e convulsioni. Negli adulti si ha cefalea, disordini mentali, dolorabilità retrocervicale, debolezza muscolare e incoordinazione; non manca mai la febbre elevata (39-40). Sui primi giorni si hanno convulsioni nella forma usuale, ma coll'oscuramento della coscienza essi vengono sostituiti da movimenti delle braccia e delle gambe, o da contratture di un'estremità, o da scosse isolate dei muscoli. Inoltre si riscontra tremore, trisma, spasmo facciale, protrusione e retrazione alternata della lingua, ammiccamento degli occhi, singhiozzo. Vi è uno stato di attività riflessa così esagerata che basta esaminare o lavare il paziente, per produrre convulsioni. Altre volte invece la rigidità è il sintomo dominante.

A carico della psiche sono da notarsi: sonnolenza, confusione fino all'incoscienza, delirio. In due adulti si ebbero sintomi di mania delirante acuta.

Nulla di importante a carico dei nervi cranici tranne che per ciò che riguarda le funzioni viscerali. Lo strabismo è un fenomeno tardivo, il nistagmo è sempre poco evidente. Invece la deglutizione è spesso ostacolata, frequente il respiro di Cheyne-Stokes, la paralisi respiratoria del vago generalmente causa degli esiti letali. Rarissimi i casi di paralisi delle estremità dei muscoli del corpo.

Tra gli altri sintomi minori sono da menzionare: lo scolo nasale, muco purulento o sanioso; l'incontinenza delle urine e delle feci; il priapismo; l'albuminuria.

Il liquido cerebro-spinale contiene un gran numero di elementi figurati, ma senza prevalenza di speciali forme; gli esami culturali e microscopici furono sempre negativi per la ricerca di microrganismi patogeni; sembra perciò giustificata l'ipotesi che si tratti di un virus filtrabile. È di regola una modica leucocitosi.

Da sedici necroscopie risultò che solo il sistema nervoso viene colpito dal processo morboso. Vi si nota: un ingorgo vascolare generale, con tendenza all'emorragia capillare, sopratutto nella pia madre, e in certe parti della sostanza grigia.

Un reperto costante è dato dalla presenza di ammassi di cellule linfocito-simili, che riempiono e stipano gli spazii perivenosi, formando attorno alle vene come una guaina cellulare dovuta ad essudazione di elementi dal vaso stesso.

Inoltre nella sostanza nervosa si trovano isolotti di cellule simili alle precedenti, apparentemente isolati e frequenti sopratutto nei nuclei della base, nei nuclei del ponte, nelle olive e nella sostanza grigia spinale.

Altro importante sintomo è costituito da focolai di necrosi o rammollimento miliare disseminati nella corteccia cerebrale e nel ponte, prodotti probabilmente dall'occlusione di vasellini terminali.

Le cellule nervose presentano raramente segni di degenerazione o di distruzione.

Le parti del sistema nervoso che presentano maggiori alterazioni sono: la corteccia cerebrale, i nuclei della base, il nucleo dentato cerebellare, la regione dorsale del ponte e del midollo allungato, le corna grigie spinali.

Queste alterazioni sono assai simili a quelle della poliomielite anteriore acuta. Se ne differenziano, per la loro grande diffusione e generalizzazione per la partecipazione del cervello al processo morboso, molto maggiore in confronto del midollo spinale; per la maggiore gravità.

Sono stati eseguiti esperimenti su 130 animali praticando iniezioni intra-cerebrali di emulsioni glicerinate o saline di sostanza cerebrale o spinale. Con questo mezzo si è trasmessa la malattia alle scimmie (Macacus Rhesus) e da scimmia a scimmia, in serie; dalla scimmia alla pecora, e da pecora a pecora in serie; poi di nuovo dalla pecora alla scimmia; poi infine dalla scimmia al cavallo e al vitello. La malattia è decorsa in questi animali con fenomenologia analoga a quella umana e il reperto anatomo-patologico è stato identico. Nella scimmia l'infezione fu sopratutto grave e caratterizzata da debolezza muscolare e incoordinazione dei movimenti. La pecora si dimostrò meno recettiva, avendo l'infezione avuto un decorso più mite. I cavalli e i vitelli inoculati soccombettero tutti in preda a convulsioni.

Si può dunque concludere che questa grave e pericolosa malattia malgrado abbia sintomi comuni con la poliomielite ant. ac. e con l'encefalite letargica, è un entità nosologica distinta.

gh.

Un caso di apoplessia traumatica tardiva.

Il caso è descritto da F. Denson (*Münch. Medizin Wochenschr.*, N. 29, 1919). Un operaio di 45 anni, colpito alla testa da un peso di ferro caduto da metri 1 ½ d'altezza, senza riportarne apparentemente grave danno (non perdita di co-

scienza nè vomito), 24 giorni dopo tale accidente dà improvvisamente segni di confusione mentale. Subentrano subito dopo paralisi della metà destra del corpo, afasia, sopore. L'ammalato è preso da convulsioni cloniche generalizzate che si ripetono a brevi intervalli. Gli arti di destra sono in paralisi flaccida, i riflessi tendinei esagerati, quelli cutanei aboliti; il facciale di destra è paretico. Gli accessi convulsivi perdurano per 2 giorni, durante i quali l'ammalato, profondamente assopito, non prende alcun nutrimento, poi cessano completamente. Da questo momento le condizioni rapidamente migliorano: la paralisi sparisce del tutto nel corso di pochi giorni, la coscienza si fa più libera, il malato riesce a parlare, per quanto indistintamente. Dopo un mese tutti i sintomi morbosi sono scomparsi; permane solo una leggera diminuzione della forza muscolare negli arti di destra.

Si tratta evidentemente di un'emorragia e non già di un'epilessia traumatica, essendo la paresi il primo sintomo apparso.

L'età ancora giovane del malato, il suo buon stato di salute prima dell'accidente; il fatto che egli non soffriva di lues, nefrite, affezioni cardiache, che non era alcoolista; l'intervallo di 24 giorni fra il trauma e la comparsa dei sintomi; e infine l'entità del trauma; tutto ciò assicurava la diagnosi di apoplessia traumatica tardiva.

La rapida e completa scomparsa dei sintomi paretici, come pure l'agitazione psichica prodromica indicano che l'emorragia è stata meningea e non intracerebrale. L'emorragia non avvenne nel punto in cui agì il trauma; l'A. ammette una lesione vasale da contraccolpo. Non è stato possibile chiarire per quale meccanismo si sia poi giunti alla rottura del vaso leso.

pol.

Disturbi dell'innervazione simpatica nell'arto superiore conseguenti alla concussione del midollo spinale.

L'edema limitato ad un determinato segmento di un arto non deve considerarsi come dovuto esclusivamente a simulazione, ma può anche essere il principale segno obbiettivo, in certi casi di trauma del midollo. P. Sollier e P. Courbon (rif. in *New York med. Journ.*, 15 marzo 1919) hanno recentemente osservato quattro casi nei quali, in seguito a ferite da proiettile nel collo, si è sviluppato un edema della mano e delle dita, tanto circoscritto, da far pensare dapprima alla applicazione di qualche fasciatura costrittiva attorno all'arto.

In un caso si notò dapprima quadriplegia, che si dileguò dopo un paio di settimane. Le mani del paziente, dopo sei settimane erano d'un colore rosa pallido, gonfie piuttosto tese, un po' calde, con dita a salsiccia, e con la pelle della palma secca e screpolata.

Non vi erano disturbi della motilità nè della sensibilità superficiale: la reazione elettrica era normale. Si notò midriasi, specialmente a destra, perdita della sensibilità profonda delle dita, astereognosi, ed atassia della mano, ad occhi chiusi; leggera atassia dell'arto inferiore ed esagerazione di tutti i riflessi osteo-tendinei degli arti. Questa condizione di cose indicava un disturbo delle fibre lunghe radicolari della porzione posteriore del midollo, piuttosto che una lesione della catena simpatica e dei rami comunicanti.

I risultati terapeutici giustificano tale conclusione, in quanto che il trattamento fatto settimanalmente con i raggi X sulle cellule nervose del sistema simpatico dell'arto superiore, nella regione cervico-dorsale, fece scomparire i disturbi in sette sedute. Gli AA. riconoscono che tali disturbi possono risultare dalla compartecipazione dei nuclei intraspinali, o delle vie radicolari del simpatico. Nel caso osservato, trattavasi probabilmente di ematorachide che comprimeva leggermente la porzione posteriore del midollo spinale o le radici dei nervi.

r. s.

TERAPIA.

L'idiosincrasia per i medicamenti.

Ogni medicamento ha un'azione normale, una collaterale ed una tossica; vi sono però individui (circa il 10 %) nei quali le due prime azioni sono esagerate. Così p. e. l'effetto eccitante della morfina è dovuto all'esagerazione dell'azione collaterale, generalmente mascherata dalla depressione. Questo particolare modo di reagire è chiamato idionsincrasia.

Generalmente i sintomi della idiosincrasia consistono in coriza, tosse, spasmo bronchiale con orticaria, edemi angioneurotici, manifestazioni gastro-intestinali con dolori, vomiti, diarrea.

Con gli antipiretici, si nota qualche volta iperpiressia, oppure collasso cardiaco, e generalmente eosinofilia.

Tali sintomi si manifestano entro 15-20 minuti dall'ingestione p. e. di 50-60 cg. di aspirina.

Qualche volta si osserva anche asma bronchiale violento sino quasi all'asfissia.

L'accesso dura da 8 a 36 ore, ma talvolta anche 2-3 settimane.

R. A. Cooke (*Journ. Am. med. Assoc.*, 6 settembre 1919) mette in rapporto questi fatti con quelli che si osservano nei fenomeni di intolleranza da polline, da molluschi, ecc., e li ritiene

quindi di natura allergica. Ciò sarebbe altresì confermato dal manifestarsi dell'accesso in seguito all'iniezione intradermica di 6 mg. di aspirina.

Essi sono però specifici e dipendono da una determinata molecola. Così in certi individui si osservano p. e. per l'aspirina e non per l'acido salicilico, l'antipirina, l'acido benzoico, l'acetato di sodio, ecc. Ad ogni modo, qualunque ne sia la genesi, essi vanno tenuti presenti dal pratico che deve dare ad essi il giusto valore.

fil.

Avvelenamento da aspirina.

F. L. Lewis (*Lancet*, 11 gennaio 1919) riferisce il seguente caso di avvelenamento da aspirina. Un sergente americano fu nell'ottobre 1918 ammesso in un ospedale militare con la diagnosi di influenza. Era un individuo robusto, che non aveva per lo innanzi mai sofferto di disturbi gastro-enterici. Oltre quelle prescrittegli dal medico aveva preso di propria iniziativa altre cartine in modo da consumare in sei ore oltre 12 grammi di aspirina. Era molto anemico; la temperatura era 39, il polso 120. Vomitava latte indigerito senza tracce di sangue. Il giorno dopo l'anemia si accentuava, il polso saliva a 150 e diventava sempre più debole ed irregolare, il vomito continuava. La mattina seguente aveva una abbondante emorragia intestinale, diveniva incosciente e moriva poche ore dopo. Alla necroscopia si trovò che l'ileo era fortemente iniettato per circa 5 metri, il cieco ed il colon erano carichi di grumi di sangue. Il passaggio tra il tratto sano e quello congesto del piccolo intestino era netto. Gli altri organi apparivano integri.

È ben noto che l'acido acetil-salicilico passa inalterato attraverso lo stomaco e la porzione superiore del piccolo intestino e poi si converte in acido salicilico libero. Così si spiega come la linea di demarcazione fra l'intestino sano e quello infiammato fosse così netta in quanto che l'avvelenamento e le relative lesioni intestinali sono determinate dall'acido salicilico prodotto dalla decomposizione dell'aspirina.

E. Shelby (*Journal American Medical Association*, 1919) riferisce un altro caso di avvelenamento di aspirina, che dimostra come non tutti gli individui tollerino egualmente questo farmaco. Una donna robusta di 32 anni soffriva di dolori al dorso ed al petto in seguito ad una leggera infezione alla gola. Le furono prescritte cartine di aspirina di 30 cgr. ciascuna. Quarantacinque minuti dopo averne presa una, avverte un prurito alla testa, mentre comparivano macchie biancastre alla faccia e sul corpo, e gonfiore alle mani. Dopo pochi minuti si gonfiarono le palpebre fino a chiudere completamente gli occhi e si manifestò una violenta irritazione alla laringe, con impossibilità di parlare e grave dispnea. La faccia era diventata irriconoscibile, mentre la ostruzione alla laringe si presentava allarmante. Il polso era frequentissimo. La donna ebbe qualche conato di vomito e poi svenne. I medici si apprestavano a praticare la tracheotomia quando la paziente riacquistò la coscienza ed a migliorare gradatamente fino alla scomparsa rapida di tutti i fenomeni di avvelenamento.

dr.

Posologia dell'emetina.

Secondo M. Chauffard (*La Presse Médicale*, 29 maggio 1919) la dose giornaliera necessaria di emetina nella dissenteria amebica oscilla fra 6-10 centigrammi. Egli consiglia delle serie di iniezioni di sei-otto giorni, separate da intervalli di circa 15 giorni.

Nell'emottisi crede sufficiente la dose di 4-6 centigrammi. Riguardo alla via di somministrazione preferisce la sottocutanea, ritenendo quella intramuscolare inutile e dolorosa e quella per le vene piena di pericoli. Somministrata per via rettale può riacutizzare la dissenteria.

CESETTI.

Il timolo contro la tenia.

Secondo le indicazioni di Artaut (Arnozan, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 maggio 1919), si prenda al mattino a digiuno una cartina di 25 centigr. di timolo; continuare per sei giorni, astenendosi da ogni bevanda alcoolica. Generalmente, la tenia è espulsa al terzo-quarto giorno; per precauzione, è consigliabile continuare l'uso del timolo per una settimana, in modo da assicurare l'espulsione totale dell'animale, di cui, spesso, lo scolice passa inavvertitamente.

Il rimedio non è infallibile, essendosi talvolta notati insuccessi; ma la semplicità del trattamento, l'assenza di ogni riluttanza da parte del malato, la sua efficacia abituale ne fanno un trattamento consigliabile.

l. b.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il liquido cefalo-rachidiano nella spasmofilia infantile.

Lo studio della patogenesi delle sindromi spasmofile che nei bambini ancora forma oggetto di ricerche e di discussioni poichè le varie teorie che si sono succedute per spiegarle non trovano concordi tutti gli autori, oltre che l'anatomia patologica, pure avendoci segnalate lesioni

più o meno varie del sistema nervoso, non ha ancora dimostrato la natura di tali lesioni ed un rapporto sicuro e costante fra le lesioni stesse e le sindromi in parola.

Le modificazioni poi del liquido spinale nella spasmofilia infantile sono state poco o nulla studiate.

Il Genoese della Clinica Pediatrica di Roma in una nota pubblicata di recente (*Riforma Medica*, n. 24-1919) si occupa dell'argomento e riferisce una serie di ricerche praticate su dieci bambini con spasmofilia dei quali ha esaminato il liquido cefalorachidiano.

Risulta che nelle sindromi spasmofiliache dei bambini si ha quasi sempre *ipertensione* del liquor: l'*albumina* è in genere normale, così anche i *cloruri*.

L'esame citologico è negativo.

Le punture lombari anche ripetute non danno un risultato terapeutico costante e duraturo, pur potendo per poco tempo migliorare la sindrome.

A. S.

Contagiosità del liquido cefalo-rachidiano, nella tabe, nella paralisi progressiva e nella sifilide cerebrale.

Wilde (*American Journal of Siphilis*, 1917) ha iniettato il liquido cefalo-rachidiano di individui affetti da tabe, paralisi progressiva e sifilide cerebro-spinale nei testicoli di conigli. Il liquido presentava abitualmente positiva la reazione Nonne-Apelt, linfocitosi e Wassermann positiva, ma non si potette mai mettere in evidenza al microscopio la presenza dello spirochete. Dopo un periodo di tempo variante da quattro giorni a due settimane potette constatare gli spirocheti nel 62.5 % degli animali inoculati.

Questi spirocheti possono essere in numero moderato ed anche in grande quantità nel testicolo del coniglio senza produrre ulcere e gomme sifilitiche. Talora si constata un aumento di volume del testicolo, ma questo può rimanere apparentemente normale. Tutti gli animali erano stati precedentemente sottoposti ad un esame accurato e mai si constatò la presenza di spirocheti.

Il liquido cefalo-rachidiano adunque di individui affetti da tabe, paralisi progressiva e sifilide cerebro-spinale contiene per lo meno, nella maggior parte dei casi, gli spirocheti.

La conclusione pratica di queste ricerche è che il liquido cefalo-rachidiano in tali malattie deve essere considerato come infettante e quindi deve essere manipolato con le medesime precauzioni che si adottano per gli altri prodotti sifilitici.

dr.

NOTE DI TECNICA.

La diagnosi dei bacilli pseudo-difterici.

L. Martin e G. Loiseau (*Rev. d'hyg. et de police san.*, febbr., 1919) utilizzano a tale scopo la semina profonda in agar. Con l'agar Veillon (brodo lit. 1: agar g. 15, glucosio 8, nitrato di potassio 2) distribuito in tubi per l'altezza di 10-12 cm., si fa la semina profonda, mentre l'agar è fuso. I bacilli difterici presentano colonie ripartite in tutta l'altezza del tubo, mentre non si hanno, o solo tardivamente, dopo 6-8 giorni, colonie alla superficie. I bacilli pseudodifterici dànno invece colonie alla superficie, che penetrano al massimo per 1 cm.

Risultati ancor più netti si hanno con l'agar glucosato al tornasole: si distribuisce dell'agar al 3 % in tubi, per l'altezza di 6 cm. Si prepara poi una soluzione di 3 gr. di glucosio in 200 cmc. di acqua distillata, e vi si aggiungono 30 cmc. di tintura di tornasole; se la soluzione tende al rosso, si riconduce il colore aggiungendo cautamente soda decinormale; si sterilizza per filtrazione su candela. Si fanno poi fondere i tubi con l'agar; raffreddati a 50°, vi si aggiungono 5 cmc. dalla soluzione di tornasole e si prova la sterilità tenendo a 37° per 24 ore.

Al momento dell'uso si fa fondere l'agar e vi si fa l'insemenzamento partendo da una coltura in brodo. Dopo 18 ore i tubi con bacilli difterici sono rossi con colonie per tutta l'altezza, ma non in superficie; quelli con pseudodifterici sono violacei o blu, hanno abbondanti colonie alla superficie e nessuna in profondità.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1061) *Nella pleurite essudativa*, (cura jodica e toracentesi). — Al dott. N. I.:

Non sono indicate le iniezioni iodiche in un pleuritico, con bronchite, nel primo periodo acuto febbrile della malattia.

La toracentesi ha indicazioni classiche, che crediamo inutile ripetere. *La toracentesi precoce* non trova molti sostenitori; i pratici in generale si attengono alle regole classiche, poichè l'esperienza insegna che in molti pleuritici il liquido si riassorbe con relativa rapidità con i comuni mezzi di terapia, con terapie particolari (metodo di Gilbert, iniezioni di glicerina iodoformica ecc.), ed anche senza terapia alcuna, perchè l'esperienza, se pure in un numero limitatissimo di casi, ricorda incidenti legati alla pratica della toracentesi, enumera come frequenti i casi di facile riproduzione del liquido subito dopo la estrazione.

Inutile, superflua, dannosa adunque è stimata da molti pratici la toracentesi precoce, che non ha cioè indicazione vitale.

Chi consideri però gli esiti di pleuriti essudative, nelle quali il liquido si è lasciato lentamente riassorbire (aderenze, scomparsa dello spazio complementare della pleura, limitazioni spesso notevoli e per lungo tempo dell'escursione polmonare) ha il diritto di domandarsi se esse siano una fatale conseguenza del processo morboso e se nulla va tentato per evitarle.

La toracentesi precoce, può evitare parzialmente i danni postumi della pleurite essudativa, riducendo i depositi fibrinosi che, oltre che determinati dal processo flogistico locale, sono legati alla persistenza e al lento riassorbimento del liquido. Personalmente noi possiamo dire che nel confronto, i malati, ai quali si pratica la toracentesi precoce, guariscono meglio e più completamente nei riguardi della funzione pleurica e polmonare. Ma crediamo che il danno postumo potrà del tutto essere evitato se alla toracentesi precoce si associa il pneumotorace terapeutico. Lasciando da parte il beneficio, che per altra via può derivare dal metodo nei riguardi del processo morboso stesso, quando, scomparso il collasso, l'espansione polmonare si ripristinerà, non esisterà la menoma aderenza tra le due pleure e la funzione respiratoria potrà ritornare normale.

Se il medico, superando ragionamenti e vincendo timori, interviene precocemente con la toracentesi nella pleurite essudativa, deve considerare il vantaggio che al malato può derivare se alla toracentesi sia associato il pneumotorace terapeutico.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ALPORT A. C. — *Malaria and its Treatment.* J. Bale Sons e Danielson Ltd, London.

Il libro dell'Alport sulla cura della malaria appartiene alla letteratura di guerra. È frutto di larga esperienza personale, acquistata nella visione e nella cura di grande numero di malarici nella Macedonia.

Il libro è stato compilato senza la possibilità di utili riscontri ed ha pregi innegabili; non mancano però difetti, che l'A. avrebbe potuto evitare, se avesse differito la pubblicazione del volume a tempo più opportuno, quando a lui fosse stato concesso di avere facile nozione della letteratura prebellica, sia di quella inglese, sia di quella degli altri paesi, non meno importante sull'argomento della malaria.

Sono premesse nozioni chiare, ma elementari, sulla parassitologia, sulla epidemiologia, sulle forme cliniche, corredate da figure ben eseguite e dimostrative. La cura della malaria acuta, della malaria perniciosa, della malaria cronica occupa larga parte del volume. L'A. è un sostenitore convinto della somministrazione della chinina a larghe dosi curative: ottimo principio che dovrebbe oramai penetrare nella conoscenza di quei medici, che troppo si sono accaniti contro il rimedio specifico. Non possiamo egualmente aderire alle idee dell'A. espresse a proposito dell'emoglobinuria nei malarici: la cura di questi malati piò essere diretta solo dalla conoscenza esatta della patogenesi dell'emoglobinuria; non a tutti i malarici emoglobinurici conviene la cura chininica, come l'A. sembra voglia sostenere (emoglobinuria da chinina in malarici per es.).

Note di tecnica medica abbondano nel volume con illustrazioni che possono essere di utile guida per il medico pratico. L'edizione è accurata.

t. p.

VARIA.

La malattia del Gattamelata rilevata da Donatello nel suo monumento. — Vi era dissenso fra i critici d'arte sul fatto che Donatello avesse copiato il viso dell'eroico personaggio dal vivo oppure dalla maschera tratta dopo morte. Il dottore N. Angeletti per dirimere la questione ha esaminato scrupolosamente nei suoi particolari l'artistico bronzo, ed ha così rilevato una spiccatissima asimmetria fra le due metà della faccia: la massa muscolare frontale e sopraorbitale destra è molto più spianata di quella del lato opposto, l'occhio più aperto, la palpebra superiore più stretta. Queste osservazioni, oltre al dimostrare che Donatello fece sul vivo gli schizzi preparatorii del monumento, poichè certi particolari, come p. e. il leggero strabismo destro, non si rilevano sulla maschera tratta dopo morte ad occhi chiusi, ci illumina altresì sulla malattia che colpì il Gattamelata, alcuni anni prima della morte: malattia che deve essere stata certamente un'emorragia cerebrale con fenomeni di paralisi del nervo frontale destro.

Della malattia si trova cenno negli archivi e nella tradizione, tuttora viva a Narni. Narrasi, cioè, che nell'inverno freddissmo del 1440 il Gattamelata entrò in Verona, fra le grida festose del popolo: ma giunto il corteo al centro della città, veduto che il condottiero non sostava al punto prefisso, nè dava cenno veruno, gli scudieri e gli altri dignitarii, liberatolo dalla pesante armatura, s'accorsero che era privo di sensi.

Probabilmente fu questo il primo attacco dell'emorragia cerebrale che lo portò a morte tre anni dopo, fra la generale costernazione, ricordata da un quadro del Mantegna.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Organizzazione dei medici liberi professionisti di Milano.

Si è costituita anche a Milano la *Associazione dei medici chirurghi liberi professionisti* compresi quelli della Provincia. La prima assemblea ebbe luogo il 7 corr. colla presenza di numerosissimi colleghi invitati dalla Commissione provvisoria ad approvare lo Statuto. Il prof. A. File-Bonazzola di Milano espose in una chiara e lucida sintesi i motivi per cui è divenuto necessario che anche i medici liberi professionisti si organizzassero come già hanno fatto quasi tutte le altre categorie mediche. Spiegò che a cagione della prossima promulganda legge sulla Assicurazione obbligatoria contro le malattie era una necessità imprescindibile per i liberi professionisti di costituirsi in Associazione e difatti tutti i presenti aderirono a quell'idea e approvarono lo Statuto eleggendo anche il Consiglio Direttivo che sarà presieduto dal Prof. A. Filè - Bonazzola.

Prossimamente avrà luogo una grande assemblea perchè nel Regolamento della surriferita legge venga tenuto ben conto dei desiderata della classe dei liberi professionisti.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate:

Como. — Pellegrini Carlo, presidente; Boglione Michelangelo, segretario; Barazzoni professor Carlo, Contegni Marcello, Fiorani Luigi, Loreti Lodovico, Riva Rocci prof. Scipione, consiglieri; Riccardo Zavaldi, tesoriere.

Genova. — Oberti Carlo Mario, presidente; Barlocco prof. Amerigo, Calcaterra prof. Ezio, Cassanello prof. Rinaldo, De Cigna prof. Vittorio, Molfino Agostino, Repetto Amedeo.

Torino. — Garosci Nicola di Torino, presidente; San Pietro Ezio di Torino, segretario; Mosso prof. Giacinto di Torino, tesoriere; Appiotti Pier Giuseppe di Rivoli, Boccasso prof. Giovanni Batt. di Torino, Carbonatto Luigi di Aosta, Rivarono Modesto di Lessolo, consiglieri.

Trapani. — Baviera Vincenzo, Fici Angelo, segretario, Giovenco Alfonso, Napoli Matteo, tesoriere, Navarra Leonardo, Pucci Egidio, presidente, Turretta prof. comm. Antonino.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8024) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. G. da G. S. Nel secondo Comune ove presta servizio non può avere la indennità caro-viveri perchè sostituisce un titolare, non mancante, ma semplicemente perchè chiamato sotto le armi.

(8025) *Indennità caro-viveri — Soppressione di condotta.* — Dott. G. C. da B. Il D. L. 9 marzo 1919, N. 338, portante la concessione della indennità caro-viveri agli impiegati comunali stabilisce che nell'applicazione di questa si debbono osservare la misura e le limitazioni stabilite per gli impiegati dello Stato. E poichè a questi non è dovuta se percepiscono stipendio eguale o superiore alle lire 10.000 è da concludere che ai medici condotti che percepiscono stipendio di tale entità non sia egualmente dovuta.

La soppressione di una condotta, debitamente deliberata ed approvata dalla competente autorità, rompe ogni diritto acquisito col titolare della medesima, ancorchè stabile, considerandosi come caso di forza maggiore.

(8027) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. A. R. da A. della R. Se l'aumento di stipendio decorre dal 1º gennaio 1918 e se a Lei era dovuto lo stipendio del titolare assente perchè chiamato sotto le armi è indubitato che Le compete anche per la prestazione sussidiaria il maggiore stipendio testè stabilito.

(8028) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. 9825. Per poter determinare la sua posizione giuridica di fronte al Comune a riguardo della indennità caro-viveri, occorrerebbe conoscere quale parte delle 700 lire mensili di stipendio rappresenta l'indennità caro-viveri. Se tale parte supera l'aumentare della indennità stabilita dal D. L. del 9 marzo ultimo, N. 338, resta ferma ma non è suscettibile di ulteriore aumento, se essa, invece è inferiore, dovrà essere portata alla cifra stabilita come normale dal sullodato Decreto. È vero che il nuovo Decreto non può influire sul precedente deliberato, ma è pur vero che i Comuni non si intesero sottoporre al pagamento di una doppia indennità, salvo, se del caso, portare quella già precedentemente concessa alla misura stabilita per tutti gli altri impiegati di enti locali.

(8029) *Pensioni.* — Dott. abbonato 451. Avendo ora Ella già compiuti 24 anni sei mesi ed un giorno di servizio è ammesso a liquidare la pensione di riposo. Liquiderà annue lire 866 di pensione. Andando in pensione per malattia non

contratta in servizio non migliorerebbe la sua posizione. Finora non si parla di modifiche alla legge sulla Cassa di previdenza, nè è possibile sperare in miglioramenti coll'entrata nel 3° decennio di esistenza della Cassa medesima. Il tempo passato dal sanitario in aspettativa, per motivi di salute è calcolato integralmente come utile, non così quello passato in aspettativa per motivi di famiglia.

(8030) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. M. da S. R. G. Prestando servizio in diversi Comuni ha diritto ad altrettante indennità caro-viveri, giacchè le parole *enti locali* adoperate dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, vanno interpetrate nel senso di *enti* racchiusi nella stessa circoscrizione comunale e non costituenti comuni diversi, come nel caso.

(8031) *Concorsi — Titoli di ammissione.* — Dott. E. C. da C. Il diploma di laurea dovrà essere presentato in copia notarile, giusta quanto dispone il capoverso ultimo dell'articolo 27 del regolamento generale sanitario. Non essendo possibile sottoporre un concorrente ad una spesa talvolta enorme per legalizzare i proprî titoli, questi si possono presentare anche in copia legalizzata dal Sindaco.

Doctor JUSTITIA.

Concorsi a medici provinciali. — Al dott. A. C.:
I concorsi saranno, se mai, non per medico provinciale ma per medico provinciale aggiunto.

Nulla però si sa se e quando saranno banditi.

Sono per titoli e per esami secondo le norme contenute nello speciale regolamento.

J.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 6534:
Col suo stato di servizio Ella poteva ottenere la polizza di assicurazione gratuita di L. 1.500 in base al D. M. 24 aprile 1918 pubblicato nella *G. U.* del 26 aprile, N. 99.

Se crede ne rivolga reclamo — per il tramite del Distretto M. al Ministero della Guerra — Ufficio assicurazioni Militari.

D'altronde Ella può chiedere all'Opera Nazionale dei Combattenti una polizza di assicurazione gratuita per L. 5.000 — a titolo di prestito — contro pagamento di interessi annui non superiori al 5 % per riprendere l'esercizio professionale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Uffiziali: dottori Ambrosi Antonio e Corselli Giacomo, medici provinciali.

Cavalieri: dottori Fiore Vito e Momigliano Enrico, medici provinciali.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Colloridi Bey, da Alessandria d'Egitto; dott. Sacchi Giuseppe, medico provinciale.

Uffiziali: dott. Mariani Vittorio e prof. Misuraca Giuseppe, medici provinciali; Consoli dott. Nicola, segretario medico C. S. S.

Cavalieri: dottori Amalfitano Giuseppe, Calamida Enrico, Cesari Luigi, Giraldi Enea e Missiroli Alberto, medici provinciali aggiunti; dott. Berardis Giuseppe, direttore dell'Ospedale civile di Cellere.

CONDOTTE E CONCORSI.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — Cercasi medico condotto per primo riparto Comune — condizioni da stabilirsi — interinale in attesa apertura concorso, che avverrà nel prossimo gennaio. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Municipio.

Giovane medico, da poco congedato, laureato presso l'Università di Roma con ottima votazione, pratica ospitaliera, cerca buona condotta o posto di assistente in qualche Ospedale. Scrivere: Bucci Enrico, Piazza Torre Sanguigna, n. 11. Roma.

La Presidenza della Sezione di Monza della A. N. M. C. ha deliberato il boicottaggio del concorso per la condotta medica del Comune di Barlassina (Milano), perchè a condotta piena e con stipendio inferiore a quello stabilito con la Commissone dei Sindaci della Provincia.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CONDOTTI.

Uffici di collocamento.

Bologna: presso la sede della Sezione Bolognese, Archiginnasio.

Milano: presso la Presidenza centrale, via Dogana, 2 (per la Lombardia);

Verona: presso l'Ordine dei Medici, Stradone Super Maffei, 10 (per il Veneto).

Per la Federazione Ligure-Piemontese dei Medici condotti funziona da sei mesi l'Ufficio di collocamento per il Piemonte e Liguria presso l'Ordine dei medici di Torino, via dei Mille, 10. Chiedere condizioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Sanatorio antitubercolare militare di Roma.

Il 20 corr., nel sanatorio ospedale antitubercolare di Porta Furba in Roma, ebbe luogo la cerimonia dello scoprimento di due targhe a ricordo della fondazione dell'Istituto.

Questo è sorto per opera della Croce Rossa Americana e dell'*Italian War Relief Fund of America*. È diretto dal ten. col. medico G. Meudes.

Fu prescelto nel 1917 a servire come centro di raccolta per i nostri connazionali restituiti dal nemico per aver contratto durante la prigionia l'infezione tubercolare. Esso è posto in località amena ed isolata, pur essendo in immediata vicinanza della linea ferroviaria. È composto di ben quindici padiglioni di varia dimensione. Cessato la scambio dei prigionieri invalidi, essendosi constatato che gli infermi di tubercolosi si giovavano realmente del soggiorno nella località campestre e aperta di Porta Furba, l'ospedale stesso venne adibito come centro di osservazione, sanatorio e tubercolosario per tutto il Corpo d'Armata di Roma.

Il padiglione più vasto, fornito di una grande sala superiore, è destinato a servire come luogo di riunione, di conferenze educative e di svaghi. È nello spiazzato che circonda questo padiglione che si è svolta la cerimonia, alla quale intervennero il ministro della guerra gen. Albricci, il sottosegretario agli interni on. Grassi, il presidente generale della C. R. I. sen. Ciraolo, l'addetto americano Johnson, il signor Nelson dell'*Italian War Relief Fund of America*, il prefetto comm. Zoccoletti, il sindaco sen. Apolloni, gli assessori sen. Marchiafava e prof. Pediconi, i generali Barco, Ravazza, Santucci, Gerundo, Gariboldi, Croce, Corso, Vanza, Zanetti, Cei, la contessa di Robilant, la marchesa Guicciardini, la contessa Macchi, la marchesa Monaldi, la signora Feride Reki, donna Marulla Rover Alotti, ecc., ecc., gentilmente ricevuti dal direttore.

Il generale Ravazza pronuncia un elevato discorso nel quale dice come la cerimonia non sia una festa, ma un doveroso tributo di riconoscenza ai fondatori del Sanatorio da parte dei malati beneficati.

Parla a lungo degli scopi per i quali l'ospedale è sorto; narra come l'ospedale da contumaciale sia divenuto ricovero dei militari tubercolosi e come grande sia stata la gara di beneficenza; termina segnalando, come primi fondatori e maggiori offerenti, la signora Stringher e i signori Nelson Gay e Carlo Grandgent.

Segue l'addetto americano, inneggiando alla amicizia dell'Italia e dell'America. Vengono poi scoperte le lapidi.

Una di esse dice: « Negli anni della guerra sacra alla libertà ed al diritto, la Croce Rossa Americana cementava la alleanza delle armi porgendo all'Italia conforto di opera pietosa. A ricreare lo spirito dei ricoverati sorse questo padiglione, testimonianza munifica di fraterna amicizia. — MCMXVIII ».

Nell'altra è scritto: « Alla istituzione nobilissima che dalla liberale amicizia dei suoi, ottenne al sanatorio questo asilo, sacro alla pace generosa, i reduci della guerra, volgono grato il pensiero. — MCMXVIII ».

La Facoltà Medica dell'Università di Parigi.

Nel momento in cui la Facoltà Medica di Parigi, completamente riorganizzata, sta per riprendere i suoi insegnamenti e per riaprire le sue Cliniche ed i suoi Laboratori, l'Ufficio del Decanato ha stimato utile di farne conoscere largamente le risorse, dando alle stampe un volumetto, edito con lusso, ornato di 21 tavole fuori testo, che fornisce tutte le informazioni necessarie a coloro che intendono effettuare in essa degli studi e delle ricerche, indica gli orari e gli argomenti dei corsi, la nuova organizzazione dell'insegnamento clinico negli ospedali, i mezzi di lavoro di cui dispongono i Laboratori, le somme da spendere, i diplomi ed i certificati che possono conseguirsi. La pubblicazione è posta in vendita al prezzo di 1 fr.; può ottenersi facendone richiesta alla Casa editrice Masson & C.ie.

Alcuni dati meritano di fissare l'attenzione: il rilevantissimo numero dei corsi di perfezionamento e di complemento per laureati (da noi se ne ha appena qualche accenno) e il forte sviluppo dato all'insegnamento clinico, cui ora sono stati chiamati tutti gli ospedali. Per gli stranieri interessa rilevare che, volendo conseguire il diploma di Stato, debbono essere forniti del diploma francese di baccelliere; altrimenti non possono ottenere che il « diploma di medicina della Università di Parigi », il quale ha carattere unicamente scientifico: è fatta eccezione soltanto per i rumeni.

Scioperi forzati di giornali medici.

Il *Journal Amer. Med. Assoc.* del 4 ott. dà un elenco di giornali medici che in questi ultimi tempi hanno dovuto sospendere più o meno a lungo la pubblicazione a causa di scioperi tipografici o di scioperi generali.

Oltre il *Policlinico* di Roma, oltre i tre periodici dell'Associazione Medica Svedese, *Hygiea*, *Handlingar* e *Forandlingar*, di cui abbiamo già fatto parola (nel fasc. 38), si sono trovati in queste condizioni tutti i periodici medici di Buenos Aires e di Cuba, i quali hanno dovuto sospendere per molte settimane la pubblicazione a causa di uno sciopero generale; la *Revista Médica del Uruguay*, che è uscita molto irregolarmente a causa di un conflitto tra editori e tipografi; il *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* di Basilea, che è uscito ultimamente in numero doppio per lo stesso motivo; il *Nederlandsch Tijdschrift* di Amsterdam, di cui è uscito un numero sottilissimo, che la redazione annunzia messo insieme con materiale già composto, a causa di uno sciopero tipografico.

Finora sono rimasti immuni i giornali della Francia, dell'Inghilterra, degli Stati dell'Europa centrale, degli Stati Uniti d'America, del Brasile e dell'America meridionale occidentale; ma non è a dire che anche in questi paesi il giornalismo medico non si dibatta tra gravi difficoltà, dimostrate per es., dall'incremento nei prezzi di abbonamento.

Basti far presente che il *Journal de Médecine de Bordeaux* è stato indotto ad aumentare il prezzo del 50 % dal mese di settembre u. s., (eccetto per gli studenti) senza attendere nep-

pure il principio del nuovo anno; esso fa presente che le spese sono aumentate del 300 % a partire dal 1914.

Società di medicina legale di Roma.

In occasione della comunicazione fatta nella Seduta del 26 febbraio 1919 dal dr. Bellucci su un caso di «demenza post-traumatica» la Società si pose come tema di studio *se è il caso di estendere all'infortunistica del lavoro industriale la disposizione dell'art. 84, 2° capoverso del Regolamento 21 dicembre 1918, per l'esecuzione del D. L. 23 agosto 1917, N. 1450, concernente l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura*:

«Le amministrazioni ospitaliere hanno l'obbligo «di dare visione ed eventualmente copia all'Isti- «tuto assicuratore che dovrà sostenere le relative «eventuali spese dei documenti clinici e necrosco- «pici agli infortunati da esse ricoverati».

Lo studio e la discussione della questione si svolse nelle sedute del 13-20 marzo, 18-25 aprile e 3-9 maggio.

La Società fu concorde sulla necessità di stabilire in generale anche per l'infortunistica del lavoro il provvedimento indicato dall'art. 84 — estendendolo però alla parte dell'operaio.

Non fu concorde nell'ammettere o no riserve o limitazioni riferentisi alle disposizioni del Codice penale riguardante il segreto professionale (art. 163 C. C.) e la ommissione di referto (art. 439 C. P.), essendo un gruppo favorevole alla eliminazione di ogni restrizione nelle comunicazioni dei dati clinici aventi attinenze all'infortunio, l'altro favorevole invece al mantenimento dei limiti indicati dalle sovraccennate disposizioni di legge.

In seguito alle discussioni avvenute fu messa ai voti la seguente pregiudiziale:

«L'operaio quando provoca od accetta si inizi la pratica dell'indennizzo per infortunio rinunzia implicitamente ai diritti che gli potrebbero venire dal segreto professionale in quanto riguarda i dati clinici che hanno rapporto di importanza coll'infortunio», questa venne a maggioranza respinta.

Si votò ad unanimità il seguente ordine del giorno:

La Società di Medicina legale fa voti:

1° – Che venga esteso agli infortuni del lavoro quanto è stato sancito per gli infortuni agricoli; si faccia obbligo agli ospedali nonchè a medici curanti privati di dare comunicazione della cartella clinica all'Istituto assicurativo.

2° – Che tale comunicazione sia fatta pure di obbligo, se richiesta, all'infortunato o agli enti interessati che ne abbiano diritto.

Il giorno 10 c. m. decedeva in S. Agata Fossili il dottor FRANCESCO BELLINGERI nella veneranda età di anni 81.

Egli che aveva esercitato la sua professione durante la giovinezza in varî campi e cioè prima come medico della Marina Mercantile indi come professionista stimato ed apprezzato in Centri Urbani, volle verso la senilità ritornare alle sue colline natie.

Quivi Egli da un ventennio prodigava i tesori della sua scienza ricca della lunga esperienza e del suo cuore sempre aperto alla pietà a quelle buone popolazioni che lo ricambiavano colla venerazione.

Grande fu il dolore per la sua perdita e solenni riuscirono le onoranze funebri a cui intervennero in largo stuolo i valligiani e gli ammiratori d'ogni parte.

Alla sua memoria ed alla famiglia vada il nostro reverente saluto.

O. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI — *Roma, 16 novembre 1919* — Fasc. 46
(*Pubblicato il 29 novembre 1919*)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. LUIGI CONCETTI.

Patogenesi e cura della intossicazione acetonica infantile

per il dott. ENRICO MODIGLIANI,
docente e aiuto preparatore.

Lo studio della intossicazione acetonica ha fatto in questi ultimi anni notevoli progressi anche per il recente contributo di autori italiani (Pacchioni, Guidi, Maccone) sia dal lato della patogenesi come dal lato della conoscenza delle forme cliniche.

Ormai non si insiste più sulla denominazione primitiva basata sul sintoma vomito: vomiti periodici con acetonemia (Marfan) (1), vomiti ciclici (Valagussa) (2), (Edsall) (3), (Comby) (4), vomiti a ripetizione (Morichaut-Bouchaut) (5), vomiti persistenti (Rotsch) (6), vomiti ricorrenti con acetonemia (Giliberti) (7), perchè l'osservazione clinica più accurata ha dimostrato che nell'intossicazione acetonica il vomito, pur essendo un fenomeno molto frequente, ed imponente, non è il sintomo più costante, non essendo rari i casi di intossicazione acetonica senza vomito e coi vomiti scarsi, e neanche il più imponente perchè in alcune forme cliniche che si allontanano da questo tipo, non molto rare, le convulsioni, le crisi di tachicardia o di cardiopalmo, l'accesso asmatico costituiscono sintomi ben più imponenti ed impressionanti del vomito.

Sono state così descritte accanto alle forme cliniche tipiche di vomiti periodici le forme febbrili, cardiache, meningitiche (Pacchioni) (8), asmatiche (Comby, Schmidt) (9), (John Mac Cow) (10), emicraniche (Comby), eclamptiche (Jacks), forme a sindrome appendicolare su cui hanno tanto insistito Comby, Broca (11) e m.lle Grenfeld (12), forme a sindrome addominale (Guidi) (13).

Ma accanto a queste forme riferibili ad un dato tipo clinico per il prevalere di un sintoma, esistono certamente delle forme cliniche a caratteri meno determinati, rilevabili da pochi sintomi isolati o variamente associati (cefalea, stipsi ostinata, inappetenza, nausee, dispepsia, polidipsia, eruzioni urticariformi o pruriginose, pallore, ipocolia delle feci, talora semplici altera-

zioni del carattere e dell'umore, capricciosità, malessere, mancanza di volontà e di attenzione nello studio, facile emotività, irrascibilità, ecc.), manifestazioni che si riscontrano negli intervalli fra le grandi crisi acetoniche e indipendenti da esse, ben note alle mamme e ai medici che seguono quotidianamente questi malati. Tali manifestazioni, per essere quasi costantemente caratterizzate ed identificate nella loro natura da alito acetonico e dalla comparsa contemporanea di quantità più o meno grandi di acetone nelle urine, possono definirsi, in analogia ai disturbi psichici che si manifestano nella epilessia durante gli intervalli fra gli attacchi di grande male (equivalenti epilettici), come *equivalenti acetonici.*

L'osservazione clinica così allargata ha avuto una influenza benefica sulle indagini dirette a chiarire la natura di questa speciale intossicazione, e nello studio della patogenesi si è abbandonato il concetto che attribuiva la sindrome ad un singolo sistema od apparato, mettendo da parte quelle teorie che peccavano di indeterminatezza, e che nella spiegazione del determinismo della sindrome prendevano in considerazione soltanto una o parte delle condizioni sia concomitanti, sia necessarie ma non sufficienti per il prodursi della intossicazione in parola e delle crisi che la caratterizzano.

Senza indugiarci in una disamina delle numerose teorie emesse per spiegare la genesi dell'intossicazione acetonica, le ultime teorie formulate in base alle nuove osservazioni cliniche, alle indagini più recenti sul ricambio dei grassi e degli idrati di carbonio e sull'origine dei corpi acetonici (acetone, acido diacetico, acido β-ossibutirrico) sono due:

quella di Hecker (14) secondo la quale l'acetonuria periodica è determinata da uno speciale disturbo del metabolismo dei grassi dipendente da una speciale preesistente disposizione del bambino che si riscontrerebbe specialmente nei soggetti con eredità neuropatica o gottosa, e consistente in un arresto dello sviluppo corporeo e specialmente in un infantilismo di certi sistemi di organi o di gruppi cellulari che stanno in stretto rapporto con la digestione dei grassi;

l'altra di Pacchioni (15) che completando un concetto fondamentale già espresso dal Mya (16) fin dal 1908 — secondo il quale i vomiti periodici sarebbero dovuti al fatto che nel bambino predisposto di tanto in tanto, per cause oscure e forse probabilmente per la produzione periodica di sostanze ad azione fermentativa si produrrebbero delle crisi spontanee disintegrative, cataboliche, da consumo rapido del trofismo organico, vere catastrofi della nutrizione che colpiscono specialmente il tessuto adiposo formando a spese di questo l'acetone che compare nelle orine — emise la teoria che l'intossicazione con acetonuria dipenda da un'intensa e violenta disintegrazione dei grassi e specialmente di quelli dell'organismo, provocata dalla produzione critica di lipasi o di altri fermenti lipolitici in seguito alla introduzione di qualche grasso alimentare, che per non essere ben tollerato acquista funzione di antigene o di eccitatore dei fermenti lipolitici.

In sostanza il Pacchioni riduce il fenomeno della crisi acetonica ad un fatto di anafilassi per introduzione enterale, in cui, considerando i fermenti lipolitici, almeno funzionalmente, come anticorpi, stabilisce per il grasso alimentare la funzione di antigene, ossia di un corpo che determina la produzione di sostanze che disintegrano il grasso dell'organismo producendo delle sostanze tossiche (sostanze sconosciute e in più acetone, acido diacetico, acido β-ossibutirrico): tutto ciò in analogia con l'intossicazione anafilattica da albumina d'uovo dimostrata da Richet figlio e da Lesmé.

Questa teoria del Pacchioni che rappresenta una geniale integrazione della intuizione del Mya (il Mya fu il primo a ritenere l'acetone come un corpo prodotto dalla dissoluzione del tessuto adiposo dell'organismo) sulla base delle progredite conoscenze nel campo dell'anafilassi, se è attraente manca di una base sperimentale dimostrativa: ma anche accettandola come assai verisimile, questa opinione, se basta a spiegare il meccanismo patogenetico delle grandi crisi acetoniche non è poi sufficiente a spiegare gli stati prolungati di piccola intossicazione acetonica, persistenti per anni ed anni e di cui le grandi crisi non sono che gli episodi più manifesti. Ammesso che la malattia sia dovuta ad una intolleranza per i grassi per cui una anormale introduzione quantitativa e qualitativa di grassi può provocare una crisi acetonica, bisogna anche ammettere che il limite di tolleranza per i grassi si mantenga in questi soggetti permanentemente assai basso tanto da potere determinare un grado più o meno accentuato di intossicazione acetonica anche quando la somministrazione dei comuni grassi alimentari è ridotta alla quantità strettamente indispensabile, certamente assai inferiore a quella di bambini normali di età e di peso corrispondenti. Sotto questo punto di vista soddisfa meglio la teoria di Hecker la quale, ammettendo un infantilismo di « certi sistemi di organi o di gruppi cellulari che stanno in stretto rapporto con la digestione del grasso » ammette anche la per-

sistenza di quelle condizioni che abbassano il limite di tolleranza per i grassi e rende possibile la spiegazione dei fenomeni acetonici che compaiono negli intervalli fra le grandi crisi.

Le due teorie del resto non si escludono, anzi si completano a vicenda nel senso che quella di Hecker spiega le condizioni predisponenti per l'intossicazione acetonica, quella di Mya-Pacchioni il determinismo della crisi acetonica.

Ma come osserva giustamente Pacchioni, questa condizione predisponente essenziale che Hecker qualifica come un infantilismo funzionale, deve pur avere una sede in qualche organo o sistema: si tratta appunto di indagare quale sia l'organo o il sistema responsabile.

Sono stati di volta in volta chiamati in causa l'apparato gastro-intestinale sia per alterazioni della funzione digestiva (Combe) (17), (Mery) (18), sia per alterazioni localizzate — enterocolite (Comby, Ausset) (19) — appendicite — (Broca, Comby) (20), il pancreas, il sistema nervoso (Snow) (21), (Mya, Arkawin) (22), (Fischlk) (23), le capsule surrenali (Terrien), il sistema linfatico (Hecker), il fegato (Rachford) (24), (Langmead) (25), (Richardière) (26), (Gilbert) (27), (Hutinel) (28).

Non è improbabile che tutti questi organi e sistemi, ed altri ancora (paratiroidi - Morrel) (29), abbiano una compartecipazione diretta o indiretta nella crisi acetonica: alcuni come causa predisponente, altri come causa determinante, altri ancora come conseguenza dell'intossicazione.

È innegabile che l'intossicazione acetonica si riscontra con grande frequenza in bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita malattie dell'apparato digerente (enteriti, dispepsie, intossicazioni); ed è vero altresì che il canale digerente è uno dei luoghi di formazione dell'acetone (stomaco - Kaulisch) (30), (intestino - Kaulisch, Bonnamourk e Imbert) (31), ma per attribuire una responsabilità diretta dell'intossicazione in parola all'intestino, bisognerebbe ammettere che questo fosse la principale sede di formazione dei corpi acetonici: ciò che non è ammissibile per la mancanza di turbe intestinali più intense di quelle che sogliono presentare questi malati e per il prolungarsi delle crisi anche dopo un completo e precoce svuotamento delle vie digerenti (Pacchioni). È da ritenere invece che all'intestino spetti una parte predisponente nel senso che le sostanze tossiche che si formano nel tubo digerente, male neutralizzate dall'epitelio intestinale precedentemente leso, colpiscano qualche altro organo destinato allo ulteriore metabolismo dei grassi e dei suoi prodotti di scissione.

Il pancreas ha notoriamente una parte importante nel ricambio dei grassi per la digestione intestinale di essi sia per mezzo della secrezione esterna — a sua volta favorita dalla bile e dai prodotti di ricambio della milza (Umber) (32) — sia per mezzo della secrezione interna la quale esercita un'azione regolatrice nel modo di utilizzazione del grasso tanto di provenienza alimentare quanto di quello depositato nei tessuti, come è stato dimostrato da Lombroso (33) e confermato dalle ricerche di Zung (34), Mayer (35) e Flekseder (36). Con la spancreatizzazione completa V. Mehering, Minkowsky (37) e De Dominici (38), ottennero abbondante eliminazione di acetone. Griffith, Pacchioni (39), hanno descritto delle alterazioni degenerative del pancreas nei cadaveri di difterici con acetonuria. Queste ed altre nozioni (basta ricordare gli intimi rapporti unzionali che passano fra il fegato e la milza) inducono a pensare che il pancreas abbia una qualche parte nel determinismo dell'intossicazione acetonica: ma per ammettere che quest'organo abbia una parte principale e sopratutto che sia la sede principale della formazione dei corpi acetonici, occorrerebbe un complesso di sintomi generali, locali e urologici che non sono stati rilevati da nessuno dei numerosi osservatori che si sono interessati dell'argomento.

Il sistema nervoso prende una parte importante con manifestazioni molteplici al quadro delle grandi crisi e della piccola intossicazione acetonica. Fin dal 1904 il Mya (40) pensava che i vomiti acetonici consistesseso « in vere crisi nervose esplicantesi nel dominio dei centri bulbari regolatori della innervazione gastrica ». Fischl (41) tende ad ammettere per alcune forme il carattere isterico, deducendolo anche dal successo di alcune cure suggestive. Hutinel (42) li considera come una nevropatia analoga all'asma e all'emicrania, di cui sarebbero equivalenti, in soggetti predisposti per una eredità particolare determinante una impressionabilità esagerata dei centri nervosi, ma risvegliata da cause occasionali multiple fra cui primeggiano le alterazioni della funzione digestiva.

È impossibile negare che il sistema nervoso, come il sommo regolatore del ricambio organico, non abbia una parte importante nel determinismo dell'intossicazione acetonica: il Mya anzi sosteneva che il momento della produzione delle sostanze ad azione fermentativa, da lui intuite, si dovesse ricercare in peculiari alterazioni del ricambio materiale determinate molte volte da perturbamenti del sistema nervoso. Heubner (43), Hecker, Howland e Richards (44), hanno de-

scritto delle crisi di vomito acetonico insorte per cause nervose (eccitazioni psichiche, spaventi, traumi operatori, esaurimento psichico). Il mio primario ospedaliero prof. Carducci, ha osservato l'anno scorso una crisi di vomito acetonico in una giovane di 18 anni in cui l'unico elemento apprezzabile era una evidente nevropatia della madre. L'esistenza di queste rare forme nervose, che non può essere messa in dubbio, giustifica la distinzione di Hutinel in forme primitive e secondarie: la questione che ora ci interessa è di vedere quale sia l'organo principalmente responsabile in queste forme secondarie. Con molta verisimiglianza il sistema nervoso se ha in alcune forme una parte attiva, primaria nella produzione del quadro della intossicazione acetonica, ne subisce nella massima parte dei casi le conseguenze in quanto i corpi tossici che invadono l'intero organismo vanno poi a colpire il sistema nervoso centrale sia stimolando i centri bulbari e provocando col vomito nuove vie di eliminazione ai corpi tossici, sia stimolando la parte corticale (convulsioni) sia alterando in via riflessa il vago (tachicardia, accessi asmatici, ecc.).

Anche le capsule surrenali hanno una compartecipazione alle grandi crisi acetoniche: il Terrien (45) avendo dimostrato nel decorso dei vomiti acetonici alcune manifestazioni dell'insufficienza surrenale (dermografia alba, astenia, dolori lombari) ha creduto di poter affermare che le surrenali hanno una parte nel determinismo delle crisi di vomito: è da ritenere però che questa compartecipazione più che la causa sia l'effetto dell'intossicazione, non potendosi comprendere, come osserva il Pacchioni, quale nesso plausibile diretto potrebbe esistere fra la insufficienza di queste glandole e l'insufficienza digestiva ed assimilativa dei grassi.

Un complesso di ricerche fra cui primeggiano quelle di Hecker, Poulain (46), Stheemann (47), Bergel (48), ecc., hanno messo in evidenza uno stretto rapporto fra l'apparato glandolare linfatico ed il ricambio dei grassi. Poulain ha trovato che il grasso assorbito viene elaborato e modificato chimicamente dalle glandole mesenteriche in modo tale che questo apparato linfatico si può considerare come « un regolatore dell'assimilazione del grasso ». Inoltre è stata dimostrata l'esistenza di lipasi oltre che nel sangue, anche e sopratutto negli organi che producono linfociti, cioè nella milza e nelle glandole linfatiche. Anche il criterio clinico contribuisce a confermare questo rapporto fra il sistema linfatico e ricambio dei grassi essendo noto che molti dei bambini affetti da intossicazione acetonica presentano i segni della diatesi essudativa di Czerny che trova il suo fondamento in particolari condizioni del sistema linfatico.

Ma oltre che fra sistema linfatico e ricambio dei grassi questo rapporto si va indiscutibilmente assodando fra sistema linfatico e intossicazione acetonica. Già Comby (49) fin dal 1906 aveva fatto rilevare la frequenza dell'ipertrofia del tessuto linfoide del faringe in questi soggetti. La parte che da alcuni autori verrebbe attribuita all'appendice nelle crisi di vomito acetonico sarebbe messa in rapporto appunto con la sua qualità di organo a tessuto linfoide. Io stesso ho potuto osservare in individui soggetti a vomito periodico una speciale forma clinica di intossicazione acetonica il cui quadro è caratterizzato da febbre alta improvvisa, tumefazione ed arrossamento del faringe e delle tonsille, ingorgo talora doloroso delle glandole linfatiche cervicali, vomiti iniziali talvolta imponenti e di breve durata tanto da far sospettare l'inizio di una crisi di vomito, discreto ingrossamento della milza e del fegato, accompagnati da scariche sempre accentuate, talora colossali di acetone per le urine: forma sulla quale mi riserbo di ritornare.

Ma tutte queste osservazioni se ci indicano che il sistema linfatico ha una sicura influenza sul ricambio dei grassi, per mezzo delle lipasi di cui è abbondantemente provvisto, non ci illuminano gran che sul modo con cui questi fermenti agiscono, e sopratutto sul luogo di formazione dei corpi acetonici che sarebbero la conseguenza dell'azione lipolitica da essi fermenti esercitata.

Oggi si tende ad ammettere che le lipasi circolanti nel sangue abbiano un'azione specifica in base alla teoria di Abderhalden, nel senso che esse siano deputate a rendere indifferenti quelle sostanze alimentari — nel nostro caso lipoidi — che sono penetrate in circolo in stato di non perfetta omogeneizzazione per insufficente azione disgregante dei diversi fermenti glandolari del tubo digerente. Il sangue come acquista in determinate condizioni proprietà proteolitiche, dissaccarolitiche, nucleolitiche, ecc., acquista anche proprietà steatolitiche che per altro sono tuttora allo stato di congettura, non essendo state ancora dimostrate per le difficoltà tecniche della indagine.

***

Le ricerche sperimentali dimostrano che l'organo che occupa la parte più importante, anzi il primo posto nel metabolismo dei corpi acetonici è il fegato. Roger in parecchie importanti ricerche fin dal 1887 aveva insistito sull'azione antitossica del fegato per l'acetone. Il fegato è

ad un tempo il principale organo distruttore dei corpi acetonici (Roger, Pollak) (50), (Embden) (51), (Michaut) (52), (Wakeman e Dakin) (53) e il principale formatore di questi corpi (Wakeman e Dakin, Embden e Wirth, Embden e Almagia) (54).

È noto d'altra parte l'importanza che ha il fegato nel metabolismo dei grassi: senza considerare la parte che esso prende nell'assorbimento intestinale dei grassi per mezzo della bile, al fegato è assegnata una funzione regolatrice per la quale verrebbero fornite al sangue solo quelle quantità di grasso necessarie a mantenere costante il suo contenuto. Per tale complessa azione il fegato fissa dapprima i grassi che ad esso giungono in parte col sangue della vena porta, in parte dal circolo generale per l'arteria epatica dopo che dall'intestino, per le glandole mesenteriche sono per le grandi vie linfatiche versate **in circolo (*funzione adipopessica*). E** non è privo di importanza notare che secondo Carnot e m.lle De Flandre (55) questa attività di fissazione non sarebbe identica per tutti i grassi: essa sarebbe massima per i grassi di origine animale (latte, burro, panna) cioè per quei grassi che per comune affermazione di tutti gli osservatori hanno una influenza diretta nella produzione delle crisi acetoniche. In una seconda fase il fegato cede al sangue il grasso fissato, secondo i bisogni dell'economia, scindendolo nei suoi elementi essenziali, glicerina ed acidi grassi, per l'azione delle lipasi che il fegato stesso produce, e di cui la cellula epatica è abbondantemente provvista (*funzione adipolitica*).

Questo processo rientra nel modo comune di estrinsecarsi delle funzioni del fegato che, come è noto, esplica le sue complesse funzioni anaboliche e cataboliche per mezzo di azioni fermentative nelle quali entrano in giuoco delle catalasi, delle ossidasi, ecc., che, come agiscono sulle altre sostanze elaborate dal fegato (fermenti proteolitici per gli albuminoidi, arginasi per la produzione dell'urea, adenasi e guanasi per l'adenina e la guanina, fermento glicolitico per gli idrati di C., ecc.), così agiscono sui grassi per mezzo delle lipasi (azione idrolitica).

Dunque: è stabilito che i corpi acetonici derivano principalmente dalla decomposizione dei grassi e specialmente da una serie di acidi grassi a numero pari di atomi di carbonio (acido butirrico, capronico, palmitico, stearico, oleico); è nota la parte che prende il fegato nel metabolismo dei grassi: se a questo aggiungiamo la parte assegnata al fegato nella produzione dei corpi acetonici, possiamo facilmente spiegarci come il fegato, qualora sia turbato il delicato equilibrio funzionale necessario alle sue complesse e molteplici funzioni, possa avere una parte assai importante nel determinismo della intossicazione acetonica.

Anche l'osservazione clinica depone per una tale compartecipazione, perchè si nota spesso durante le grandi crisi un aumento di volume e di consistenza dell'organo ed una dolenzia alla pressione manuale. Talora alla fine dell'accesso è rilevabile una colorazione subitterica della pelle (Heubner, Richerdière). La congestione del fegato si trova anche nello stato di piccola intossicazione acetonica associata ad altri segni di insufficenza epatica (ipocolia delle feci, stipsi, stati dispeptici, ecc., e caratterizzata dalla persistente acetonuria.

La possibilità di una compartecipazione del fegato in questa forma morbosa è tanto più facile ad ammettersi quando si consideri che negli antecedenti dei bambini colpiti da intossicazione acetonica si rilevano con grandissima frequenza un complesso di fattori che direttamente o indirettamente possono turbare la funzione del fegato.

Per quanto riguarda i fattori diretti, negli antecedenti personali di questi soggetti si riscontrano malattie dell'apparato digerente e della nutrizione, od anche semplici turbe della sfera digestiva (dispepsia, stipsi, atonia gastrica) malattie che è ammesso possano ripercuotersi sulla funzionalità del fegato.

Inoltre le grandi crisi sono assai spesso connesse con errori dietetici, e specialmente con la introduzione di grandi quantità di grassi animali (latte, burro, panna) che, come si è detto, sono più attivamente fissati dal fegato il quale può risultarne sopraccaricato con conseguente pregiudizio della sua funzione.

Per quanto riguarda i fattori indiretti ereditari è noto che questi bambini appartengono a famiglie con diatesi neuroartritica, e molto spesso si riscontra negli ascendenti la gotta, il diabete, la polisarcia, l'asma, l'emicrania, tutto un gruppo cioè di malattie caratterizzate da gravi turbe del ricambio, in cui il fegato è sempre più o meno compromesso.

Ma oltre a questi fattori ereditari indiretti, a me sembra non si sia dato il dovuto valore alla grande frequenza con cui si riscontra in questi pazienti una eredità epatica diretta, costituita generalmente dalla colemia e dalla litiasi biliare degli ascendenti.

Per mia esperienza, avendo diretto le più accurate indagini in questo senso, ho potuto constatare che su 19 casi di intossicazione acetonica con grandi crisi osservati in questi ultimi due anni, in 15 casi risultavano dall'anamnesi familiare fatti evidenti di colemia familiare degli

ascendenti (in 9 casi ittero ripetuto, in 6 casi litiasi biliare) associata in 11 casi a manifestazioni varie di diatesi neuro-artritica: negli altri 4 casi le manifestazioni epatiche degli ascendenti non furono accertate ma molto sospette: si notavano in essi la litiasi renale (1 caso), la obesità e la gotta (2 casi), il diabete (1 caso). Cinque di questi bambini con l'ittero catarrale già precedentemente sofferto, dimostravano la loro compartecipazione diretta alla colemia familiare.

A conferma dell'osservazione di Pacchioni, dirò che dei 19 casi osservati 14 erano di razza semitica e 3 di questi di condizione poverissima: e se si considera la frequenza delle malattie del ricambio nella razza israelitica, si può ritrovare un nesso fra le alterazioni epatiche ereditarie e la frequenza dell'intossicazione acetonica.

Queste epatopatie degli ascendenti, che per la loro grande frequenza non possono avere un valore di semplice coincidenza, mi sembra costituiscano un elemento di influenza diretta nel determinismo della insufficienza epatica ereditaria — o per lo meno di una labilità ereditaria del fegato — costituendo appunto quella eredità epatica su cui hanno richiamato l'attenzione Lamacq-Dormoy (56), Gilbert e Lereboullet (loc. cit.).

Secondo Castaigne e Chiray (57) è fuori dubbio che certi soggetti discendenti da colpiti da affezioni epatiche o semplicemente da malattie della nutrizione offrono più degli altri una predisposizione alle lesioni, conseguentemente alla insufficenza epatica. Il fegato è uno degli organi che conservano più facilmente l'impronta ereditaria (Hutinel) (58). La conoscenza delle alterazioni ereditarie del fegato, intuite da lungo tempo dai clinici, è stata completata con dati sperimentali principalmente da Charrin (59) e dai suoi allievi. Delamare (60) producendo lesioni nel fegato della madre è riuscito a provocare alterazioni nel fegato del feto: la lesione materna darebbe luogo alla produzione di una citolisina epatica per mezzo della quale la lesione materna stessa si ripercuoterebbe elettivamente sopra l'organo analogo del feto. Nello stesso ordine di idee Bar ha constatato nel fegato di bambini nati da donne eclamptiche, delle alterazioni cellulari che ricordavano quelle del fegato delle loro madri.

Hanot (61), Leroux (62), Kabanoff (63), hanno insistito sulla parte importante che la debolezza congenita del fegato ha sulla genesi di certe affezioni epatiche. Per Gilbert (64) e i suoi allievi la colemia è la manifestazione anatomica di questa debilità: questi autori hanno raggruppato sotto il nome di *famiglia biliare* tutti gli stati morbosi in cui si osserva questa debilità: la colemia semplice familiare è fra questi lo stato morboso più comune.

La clinica — dice Hutinel (65) — ha messo in evidenza l'inferiorità funzionale di tale o tale altro organo: e ciò fin dai primi anni dell'esistenza. Anche ammettendo la possibilità di una alterazione acquisita dopo la nascita non si può tuttavia fare a meno di assegnare il più alto valore ad un marchio scolpito *ab ovo*. Tale concetto non potrebbe essere espresso più felicemente di quanto fa Hanot: « L'individu nait avec un dossier pathologique chargé déjà des incidents de la vie embryonnaire ou foetale. Le compte morbide à la naissance est déjà ouvert ».

* * *

Ammessa così la frequenza di una insufficienza funzionale del fegato, sia diretta, sia ereditaria in questi bambini, vediamo quale parte questa possa prendere nel determinismo dell'intossicazione acetonica.

Il Polito (66), in un recente lavoro sull'intossicazione acida nel diabete, per spiegare la genesi dell'acetonuria ha emesso una teoria che ha incontrato favore. Secondo l'A., le cause della acetonuria sarebbero principalmente dovute ad un disturbo della funzione epatica fissatrice dei grassi neutri o ad esagerata formazione di acidi grassi. Egli distingue due vie per l'utilizzazione di questi: una via lunga, indiretta che richiede un certo tempo perchè il fegato possa esplicare la sua azione fissatrice, necessaria per la trasformazione dei grassi in glucosio, ed una via diretta, più breve che i grassi percorrono quando, o per condizioni speciali, o per alterata funzionalità epatica, viene a mancare quest'azione fissatrice.

Nelle condizioni normali di alimentazione i grassi percorrono la via indiretta, più lunga: quando però dall'alimentazione vengono esclusi gli idrati di C., il fegato, dovendo urgentemente preparare i grassi per i bisogni energetici dell'organismo, non ha tempo di fissarli convenientemente per adattarli alle successive trasformazioni. In questi casi i grassi battono la via diretta e si ha così la trasformazione in acidi grassi inferiori e corpi acetonici.

Il Polito stabilisce un parallelo fra le glicosurie diabetiche e le chetonurie: la glicosuria dipende dall'incapacità del fegato nel fissare il glicogeno, la chetonuria dall'*incapacità a fissare i grassi*. Come il fegato secondo le più recenti teorie dell'iperproduzione di zucchero, esaltato nel suo potere diastasico non produce lo zucchero secondo i bisogni dell'organismo, ma lo fabbrica esageratamente anche dai grassi e dalle sostan-

ze proteiche, così l'organo epatico *esaltato nel suo potere lipasico* forma acidi grassi oltrechè dai grassi anche dalle sostanze proteiche e dai carboidrati.

In sostanza la iperproduzione di corpi acetonici nell'acetonemia diabetica sarebbe dovuta da un lato ad un perturbamento della funzione adipopessica del fegato per condizioni speciali o per *alterata funzionalità* dell' organo, dall' altra ad una esagerazione della funzione adipolitica per l'esaltazione del potere lipasico del fegato.

In base a questa teoria di Polito si può tentare una spiegazione della parte spettante al fegato funzionalmente insufficiente nel determinismo dell'intossicazione acetonica nei bambini. È certo che i bambini con fegato normale tollerano bene quantità talora esagerate di grassi ingeriti per errori dietetici anche prolungati, tanto è vero che se anche l'errore dietetico commesso produce dei disturbi, questi si manifestano soltanto a carico dell'apparato gastro-intestinale senza manifestazioni acetoniche. Dunque la limitata tolleranza per i grassi alimentari, opportunamente messa in rilievo dal Pacchioni negli individui soggetti ad intossicazione acetonica, è in rapporto con l'insufficienza epatica.

Ora il termine « insufficienza epatica » che significa funzionamento imperfetto della glandola, sembra implicare l'idea di una diminuzione globale e parallela delle diverse funzioni del fegato. Ciò non corrisponde affatto alla realtà poichè le diverse manifestazioni dell'attività della cellula epatica possono diminuire non parallelamente, anzi l'una di esse può essere esaltata mentre le altre risultano diminuite. Su questo concetto insistono ripetutamente Castaigne e Chiray nel capitolo dell'insufficienza epatica del loro trattato sulle malattie del fegato.

Ciò premesso si può pensare che, come nel diabete, in seguito alla soppressione degli idrati di C. o all'alterarsi della funzionalità epatica, si determina nel fegato una esagerata formazione di acidi grassi e di corpi acetonici, così nell'intossicazione acetonica dell'infanzia in seguito alla introduzione eccessiva di grassi alimentari, ovvero anche normale ma superiore alla capacità elaborativa del fegato insufficiente, si determini in quest'organo, appunto per la sua insufficienza funzionale un disturbo della funzione fissatrice dei grassi ed una conseguente esaltazione della funzione adipolitica e cioè una *esagerata, talora critica produzione di lipasi* col meccanismo anafilattico ideato dal Pacchioni.

Il rapporto fra l'intossicazione in parola e il sistema linfatico va spiegato probabilmente nel senso che il sistema linfatico, alterato nella sua funzione regolatrice per l' assimilazione dei grassi, contribuisca alla esagerata produzione di lipasi e quindi alla esagerata formazione di acidi grassi che alla loro volta, sovraccaricando il fegato di un nuovo lavoro necessario per la loro scissione, ne accentuano lo stato di inferiorità funzionale.

In conseguenza della eccessiva produzione di acidi grassi che spesso, in corrispondenza delle grandi crisi avviene in modo tumultuoso, il fegato già di per sè insufficiente non è capace di provvedere alla loro completa trasformazione, per cui tale trasformazione si arresta allo stato di prodotti acetonici che alla loro volta passano nel sangue in quantità eccessiva dando luogo alla intossicazione acetonica.

Considerata in tal modo la teoria della insufficienza epatica nella genesi della intossicazione acetonica, già sostenuta da Rachford, Langmead, Richardière, Misch, forse in modo unilaterale e indeterminato, per cui fu accolta con diffidenza, appoggiata più recentemente da Mauban e da Pacchioni con nuove osservazioni, acquista nuovo credito dalle recenti indagini fisiologiche e biologiche tendenti a dar sempre maggiore importanza al fegato nel ricambio dei grassi, e trova una base di fatto nelle osservazioni cliniche ampliate e moltiplicate, da cui emerge la grande frequenza di alterazioni funzionali, acquisite od ereditarie del fegato.

Con ciò non si vuole essere esclusivisti nel senso che l'intossicazione acetonica dipenda sempre ed esclusivamente dall'insufficienza epatica. Vi sono dei casi in cui tale alterazione non può essere ammessa e in cui la crisi acetonica sembra debba essere connessa con un'alterazione diretta e primaria del sistema nervoso.

E poichè, come si è detto, il sistema nervoso resta sempre il grande regolatore del ricambio materiale si può ammettere che in alcuni casi sia leso l'organo di comando, in altri invece, assai più frequenti, sieno lesi gli organi di esecuzione, fra cui primeggia, come si è cercato di dimostrare, il fegato.

Con ciò, non si vuol negare una parte nella genesi dell'intossicazione acetonica anche agli altri organi produttori di corpi acetonici (specialmente al pancreas) tanto più che è nota l'influenza di alcune glandole endocrine (paratiroidi, ovaie, ipofisi, surrenali) nel ricambio dei lipoidi e che legano i vari organi dell'economia per mezzo di complesse ed in gran parte misteriose azioni reciproche esplicantesi per mezzo degli ormoni. Ma tutto questo nulla toglie all'importanza della funzione epatica, che come

si è detto, nel ricambio dei grassi esercita una parte principale.

Riepilogando, in base:

ai dati sperimentali relativi alla funzione del fegato nel ricambio interno dei grassi;

ai dati clinici da cui emerge la frequenza di una insufficienza funzionale del fegato nell'intossicazione acetonica;

alle recenti teorie sul meccanismo patogenetico dell'acetonuria nel diabete e dell'intossicazione acetonica;

alle recenti vedute sulla genesi dei corpi acetonici;

possiamo ricostruire la patogenesi delle forme secondarie di intossicazione acetonica nel seguente modo:

La maggior parte delle forme di intossicazione acetonica dell'infanzia è legata ad uno stato di insufficienza funzionale o di labilità del fegato sia acquisita per pregresse turbe intestinali, sia — e più spesso — ereditaria per alterazioni epatiche degli ascendenti (epatopatie familiari) associata ad uno speciale stato di insufficiente sviluppo funzionale (infantilismo) del sistema linfatico.

Queste alterazioni determinano una limitata tolleranza per i grassi, connessa con la alterazione della funzione adipopessica del fegato per cui viene a formarsi una eccessiva produzione di acidi grassi.

Tale eccessiva produzione di acidi grassi derivante da una anormale, talora intensa e violenta disintegrazione dei grassi e specialmente dei grassi dell'organismo è provocata da una esagerata, talora critica produzione di lipasi o di altri fermenti lipolitici, per esaltazione della funzione adipolitica del fegato, in seguito all'introduzione di qualche grasso alimentare che per non essere ben tollerato acquista funzione di antigene o di eccitatore dei fermenti lipolitici.

In seguito alla eccessiva produzione di acidi grassi si avvera una incompleta trasformazione di essi per opera del fegato funzionalmente insufficiente, trasformazione che si arresta allo stato di corpi acetonici.

Il consecutivo passaggio di questi prodotti acetonici nel sangue dà luogo all'intossicazione acetonica che si manifesta con grandi crisi a sindromi svariate, ovvero con stati acetonici caratterizzati da piccoli disturbi, dispeptici o nervosi variamente associati, indipendenti dalle grandi crisi, con acetonuria (equivalenti acetonici).

(Continua).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Patogenesi ed anatomia patologica della gotta.

(*Deut. Med. Woch.*, A, XLV, *f. Münch.*, 34).

Una cognizione esatta sulla estensione e frequenza dei processi gottosi nelle articolazioni e nelle ossa fu portata appena dai raggi Röntgen. Il confronto tra i reperti radiologici ed istologici diede come risultato non solo il nesso causale tra processo anatomico e alterazione radiografica, ma pure la spiegazione della patogenesi, dell'entità morbosa della gotta e dei processi vitali nel tessuto osseo, cioè:

1). Alla formazione del tofo, concorrono egualmente sostanze colloidali ed acido urico;

2). La formazione del tofo ha luogo soltanto nel liquido sinoviale o in tessuto molto succulento, sinovia, midollo, borsa paraarticolare, guaine tendinose, periostio;

3). Il processo che segue alla deposizione di acido urico si compone di una reazione generale e di una specifica al tessuto. La prima viene data da un agglomeramento degli urofagi (di Litten), da tessuto di granulazione, da infiltrazione parvicellulare intorno al focolaio mortificato;

4). Nella reazione specifica non fu apprezzata fino ad ora l'importanza dei processi midollari nella distruzione dell'articolazione. I tofi si formano primieramente nel midollo. Appena in secondo luogo si ha insieme alla reazione generale suddescritta un processo osteomielitico fibroso con partecipazione dell'endostio, processo che può arrivare sino alla cartilagine e distruggerla completamente. Questa forma di distruzione è la regola in ogni forma grave di gotta articolare. Si parla dunque di osteomielite ed osteoartrite urica, non di artrite urica.

Oltre a queste alterazioni prettamente patologiche si osservano dei processi che appartengono all'evoluzione normale del tessuto osseo e cartilagineo;

5). Cioè uno sfiancamento della zona di confine tra osso e cartilagine, costituita normalmente negli adulti da una linea sottile di un bleu oscuro; essa può comprendere nei gottosi fino a metà di tutta la cartilagine. Formata da uno strato di cellule dal nucleo grande e vescicolare, essa assomiglia alla zona di proliferazione dell'osso infantile. Questa reazione si vede pronunciata specie nella cartilagine sana e intatta. Non è dunque l'espressione di uno stimolo

locale diretto ed immediato su queste cellule, ma la reazione generale della cartilagine alla deposizione di acido urico. La cartilagine non resta omogenea; essa presenta dei sottilissimi granelli di calce, rotondeggianti, bluastri, disposti irregolarmente addensati però, dove si trovano in vicinanza di focolai gottosi midollari. L'acido urico, penetrando nel tessuto cartilagineo, lo invade progressivamente, portandolo alla fine a completa distruzione. La parte mortificata viene sostituita da tessuto di granulazione. La teoria meccanica dell'acido urico è abbandonata definitivamente. Aschoff crede che la mortificazione dei tessuti sia dovuta ad un processo osmotico dell'acido urico.

Mentre per mezzo di questa osteomielite urica e della conseguente mielite subcondrale (Aheimer) la cartilagine viene distrutta facilmente, essa resiste per più tempo agli urati che la invadono dalla sua superficie d'incrostazione, perchè non reagisce con una proliferazione cellulare all'acido urico, il quale quando non è sciolto, viene depositato in piccole sfere nella sinovia in parte necrotizzata e nello strato più superficiale della cartilagine. (Esse non sono identiche ai tofi, perchè brunastre ed insolubili). Questa mancanza di reazione spiega pure l'assenza di anchilosi in articolazioni con alterazioni gottose gravissime e formazione di osteofiti. In casi gravi prendono parte attiva specialmente le cellule della zona oscura, assorbendo l'acido urico. Il processo morboso intacca dunque soltanto secondariamente il tessuto cartilagineo, per il quale l'acido urico non possiede alcuna affinità speciale;

6). Molto svariati sono i processi che si osservano nel tessuto osseo; la linea oscura, parallela alla superficie articolare, ricorda alterazioni che si riscontrano nelle ossa di feti sifilitici. Viene interpretata come reazione generale dell'osso.

Punto di partenza per i processi distruttivi dell'osso sono il più delle volte, come già si disse, deposizione di urati nel midollo, in secondo luogo i tofi subperiostali, che danno origine alla formazione di osteofiti, i quali talvolta raggiungono grandezza considerevole. L'osso circostante viene un po' alla volta distrutto per riassorbimento lacunare e sostituito da tessuto connettivo. Se il tofo si trova nel midollo, la distruzione dell'osso avviene per alisteresi. Questa decalcificazione va ascritta all'azione diretta dell'acido urico. Il tessuto osteoide si sfibra ben presto mostrando le caratteristiche figure di reticolato. Isole ossee residuali vengono distrutte da osteoclasti.

Va talvolta parallela a questo processo una neoformazione di tessuto osseo, in forma di focolai irregolari d'apposizione pure lamellare quale vitalità aumentata del tessuto, anche in punti dove normalmente non si trova, ad esempio articolazioni.

Tutte queste alterazioni si incontrano generalmente nelle articolazioni piccole; i processi delle articolazioni grandi differiscono non per quantità ma per intensità.

M. PREBIL.

CHIRURGIA.

Stasi intestinale cronica.

(Alcuni dati nuovi).

(J. L. ROUX-BERGER, *Journal des Praticiens*, 1919).

È merito grandissimo di Lane di avere magistralmente stabilito che la stitichezza non è semplicemente un incomodo o una affezione di poca gravità, ma che si tratta di uno stato morboso ed insidioso, che prepara l'apparizione e lo sviluppo progressivo di stati tossici cachettizzanti, che menoma l'individuo in tutte le forme della sua attività e che prepara il manifestarsi di certi stati reumatoidi speciali, del gozzo, della tubercolosi, fors'anche del cancro. Il trattamento chirurgico di essa ha fatto però pochi progressi. La stitichezza non entrerà nel dominio della chirurgia corrente che lentamente, penosamente, alla maniera del cancro, perchè l'educazione del medico, e tanto meno quella del pubblico, non sono sufficientemente fatte intorno a questa malattia.

Conviene tener conto, d'altra parte, dell'importanza delle operazioni proposte che riguardano intestini il cui contenuto è stagnante e ipersettico. Infine, è assolutamente certo che noi conosciamo molto incompletamente tutta questa questione; stiamo per entrare nel periodo d'inizio, da cui non usciremo se non studiando profondamente ogni caso, familiarizzandoci con l'esame radiologico dell'intestino. In tal modo forse arriveremo ad avere la conoscenza della fisiologia normale e patologica della motilità intestinale.

***

Niente è stato cambiato nè aggiunto alla descrizione clinica della stitichezza data da Lane; niente è stato modificato nella terapeutica chirurgica proposta da lui: sezione di briglie, operazioni di derivazioni, colectomie. Per contro, le concezioni patogeniche di Lane non sono più condivise da tutti. Esse erano semplicissime ed attribuivano la massima importanza al peso; si può dire che

era la teoria meccanica della stasi intestinale; l'intestino sostenuto dal suo mesentere si piega in certi punti: angolo duodeno-digiunale, angolo ileo-cecale, unione sigmo-rettale. Sotto l'influenza della ptosi viscerale, queste saldature s'accentuano, costituendo altrettante cause di stasi. Per sovrappiù l'intestino ptosico esercita sul suo mesentere delle trazioni eccessive: là ove queste trazioni sono più forti, si sviluppano degli ispessimenti, delle briglie, vera cristallizzazione delle linee di tensione. Per le stenosi che provocano, le fissazioni viziose, le inginocchiature che producono, questi legamenti, queste striscie di nuova formazione diventano a lor volta la causa principale di tutta la stasi intestinale cronica. Insomma, la stasi intestinale sarebbe essenzialmente condizionata dalla ptosi viscerale, e nella esplicazione degli accidenti non interverrebbe che pochissimo una attività propria dell'intestino.

Ora, non sembra che le cose vadano così semplicemente, che si possa cioè spiegare così facilmente i fenomeni di stasi con queste concezioni meccaniche, che si debba considerare il grosso intestino come un semplice tubo evacuatore. D'altronde non si deve essere sorpresi di vedere esercitarsi da questo viscere una parte ben altrimenti complessa, se si considera l'enorme volume della sua glandola mucosa che, agglomerata in una massa, non resterebbe al disotto del volume del pancreas; l'importanza del suo tessuto muscolare e sopratutto il volume considerevole del suo plesso nervoso, con le sue fibre e i suoi gangli, sottomesso alle eccitazioni dei pneumo-gastrici e degli splancnici, ma avente certo un automatismo proprio.

***

D'altra parte numerose sono le difficoltà di studio, e lo stesso apprezzamento dello stato di stasi può prestarsi a errori: tanto più che la stasi patologica non è che l'esagerazione, al di là da un certo grado, d'un ristagno normale in alcuni punti. Ve n'è così a livello dell'ileo, per esempio, una delle sedi abituali di briglie, di inginocchiature ed ove la stasi sembra avere una particolare importanza per la sua frequenza e per il suo risentimento sulla funzione motrice di tutto il tenue. Ora, l'ileo, alla sua estremità, è legato alla parete da un *mèso* corto; è poco mobile, e sede di una tonicità più marcata, obliquamente ascendente a destra, sembrerebbe disposto per ritenere il chimo. Infatti, esiste una stasi ileale normale. D'altra parte un disordine nel funzionamento del cieco può produrre un disordine in quello dell'ileo. È così che una stasi cecale pronunciata può dar luogo ad una stasi ileale secondaria. Un semplice purgante che vuoti il cieco fa immediatamente sparire l'aspetto di stasi ileale.

È necessario evidentemente fare la distinzione fra queste stasi ileali sotto la dipendenza d'un disordine funzionale del cieco, e le stasi ileali vere; per evitare simile errore, che deve essere frequente, basta non far mai prendere il pasto bismutato senza che il malato abbia subito una preparazione metodica (purgante 36 ore prima e clistere la mattina del pasto).

La durata della traversata completa dell'intestino può variare tra limiti assai estesi: in caso di irritazione duodenale, il pasto bismutato può, in meno di mezz'ora, raggiungere la valvola ileocecale, mentre un ritardo nella evacuazione dello stomaco può farsi risentire sulla traversata del tenue, in modo tale che la durata di questa traversata sia quasi indefinita.

In media, si può ammettere con Hertz che normalmente gli alimenti raggiungono il cieco in 4-h ½; l'angolo epatico del colon in 6-h ½; l'angolo splenico in 9 ore e il distretto superiore in 11 ore.

Non sembra quindi che si possa, in assenza di accidenti, basare la diagnosi di stasi su questo solo elemento della durata della traversata del tubo intestinale, almeno entro certi limiti. Barclay protesta contro la vecchia opinione della evacuazione regolare ogni 24 ore come criterio d'un funzionamento intestinale normale.

Non v'è dubbio che certi individui vivono in istato di sanità perfetta con un ritmo assai differente; sembra assolutamente illogico pretendere indistintamente in tutti una scarica ogni 24 ore, quando in alcuni soggetti normali la traversata completa del pasto bismutato ha una durata regolare di 48 ore.

***

Ogni nuovo lavoro concernente la stasi intestinale cronica porta nuove prove della interdipendenza dei diversi segmenti del canale digestivo. È questa una nozione capitale che getta qualche luce su numerosi fatti clinici, e la cui conoscenza permette di penetrare un po' più avanti nella comprensione dei fenomeni motorî e riflessi dell'intestino.

Da molto tempo Lane aveva mostrato il risentimento sulla funzione duodeno-pilorica dei disturbi nella funzione dell'ileo e delle affezioni appendicolari. Da quando conosciamo meglio le ulcere del duodeno, abbiamo appreso i loro rapporti clinici con gli stati e le sindromi appendicolari. Moynihan aveva già detto che la sede più frequente dell'ulcera duodenale era la regione ileo-ciecale; la forma dispeptica, gastro-intestinale, dell'appendicite è di vecchia conoscenza. Mutch, insistendo

sulla coesistenza quasi costante della stasi duodenale e della stasi ileale, considera come estremamente frequente, nei costipati, una zona dolorosa alla palpazione, sita in corrispondenza della terza parte del duodeno, zona avente una sede costante e non modificantesi con l'attitudine del soggetto.

Si ha la prova d'un riflesso gastro-ileale e duodeno-ileale nelle seguenti constatazioni: l'arrivo di alimenti nello stomaco tende a provocare l'evacuazione dell'ileo.

Barclay mette in evidenza questo riflesso considerando alcuni casi di stomaci evacuanti assai rapidamente il loro contenuto: se si fa assorbire a questi soggetti un piccolo pasto, lo si vede passare tutto e immediatamente nell'intestino. Ma se si dà loro un pasto normale, si constata che sul principio l'evacuazione gastrica si compie così presto come nel primo esame, ma che appena gli alimenti arrivano all'ileo, l'evacuazione gastrica cessa. Sembra partire dalla regione ileo-cecale verso quella pilorica un messaggio che ha per effetto di chiudere il piloro appena l'ileo è sufficientemente disteso.

***

La radiologia ha ugualmente completato la nostra conoscenza dei movimenti dell'intestino crasso e del modo di progressione del suo contenuto. Holzknecht scoprì questi movimenti; le osservazioni radiologiche di Hertz hanno rese note queste acquisizioni: i lavori di Jordan, di Barclay, di Morley le hanno completate.

Le sostanze, nell'intestino crasso, non progrediscono in modo continuo; si tratta d'una progressione intermittente e *in massa*.

A un dato momento, una lunga colonna del contenuto intestinale si muove su un segmento disteso del canale colico, poi il movimento si arresta per non ricominciare che più tardi. Questo movimento si manifesta a intervalli assai lontani: 3 o 4 volte nelle 24 ore, ed è rapido, difficilissimo ad essere osservato. Sembra che si abbia prima un rilasciamento dell'azione tonica dei muscoli della parete, seguito da una potente contrazione peristaltica che scaccia tutto il contenuto intestinale.

Barclay che ha studiato da vicino questo movimento in massa ne ha potuto dare una descrizione più dettagliata. Perchè si produca, bisogna che si costituisca anzitutto, per contrazione d'un segmento d'intestino, un vero *punto d'appoggio*. Barclay ha visto la formazione di questo punto d'appoggio in qualche caso, a livello dell'angolo sotto-epatico del colon. Un'altra volta il punto d'appoggio si constituì nella regione splenica. In tutti questi casi, l'aspetto segmentato dell'intestino crasso disparve; il viscere prese una forma cilindrica a salsiccia e là, in pochi minuti, si produsse una costrizione. Poi tutta la massa sottogiacente del contenuto intestinale si mise ad avanzare e in una sola volta raggiunse il retto.

Sotto quali influenze si producono questi movimenti?

Sembra esistere un *riflesso gastro-colico*, che ha una grande importanza e che conferma l'osservazione corrente del bisogno di liberazione dell'alvo dopo i pasti.

Da questi fatti Barclay conclude che *è la formazione regolare di questi punti d'appoggio che assicura l'evacuazione normale delle sostanze intestinali*. Se un disturbo sopravviene in questa funzione muscolare del grosso intestino, se questo punto di appoggio manca, e la contrazione intestinale non spingerà più verso l'ano il contenuto del viscere, le feci cadranno nel cieco che si lascerà a poco a poco distendere: secondariamente la valvola ileocecale sarà forzata e si stabilirà una stasi ileale con tutte le sue complicazioni.

Tale sarebbe il meccanismo della stitichezza. La ptosi cecale, la distensione cecale non sarà dunque che un fatto secondario, effetto del disordine primitivo della musculatura colica e tuttavia causa prima della stasi intestinale.

Che parte prende il cieco in questi movimenti di ritmo speciale? La questione non è chiarita. Ciò che appare certo, si è che non si sono mai visti prodursi dei movimenti in massa: il cieco non si vuota mai in una volta. Niente pare dunque che vi avvenga di somigliante a ciò che si vede a livello dei colon. D'altra parte è osservazione comune che il cieco contiene ancora delle masse oscure quando già tutto il colon è vuoto. Keith crede perciò all'esistenza di un *anello sfinterico tra il cieco e il colon:* ma la radioscopia non ne ha ancora dimostrata l'esistenza.

***

Così dunque, per tutta la lunghezza del canale digerente, si produce una serie di riflessi che regolarizzano la progressione del chimo e delle feci, provocando rilasciamenti e contrazioni delle fibre muscolari, creando in punti determinati delle zone sfinteriche, là dove l'anatomia non mostra l'esistenza d'uno sfintere propriamente detto.

Di queste regioni, l'unione ileo-cecale ha in tutti i tempi attirato l'attenzione, per il suo aspetto macroscopico assai particolare. Non sembra che le nostre descrizioni classiche, troppo basate sullo studio del cadavere, diano un'idea di ciò che sia questo dispositivo sul vivente. Sull'apparenza valvulare fornita da quelle descrizioni classiche, s'è stabilita per secoli la concezione d'un compito assai semplice: quello di una barriera passiva che si oppone al riflusso degli alimenti. Rutherford, studiando la valvola ileo-cecale sul vivo per un ano cecale, ne dà una descrizione ben differente: la disposi-

zione valvolare non vi appare niente evidente, e l'autore descrive *una papilla rossa, brillante, portante un orificio depresso.*

Simile aspetto desta assai più l'idea d'uno sfintere. Non sono che 10 anni che Keith ed Elliott, poi Hertz e Alan Newton mostravano l'ufficio capitale della musculatura circolare dell'ileo terminale e davano la prova radiologica che si trattava di un vero sfintere che si opponeva al rigurgito, ma che nello stesso tempo regolava il passaggio delle sostanze. È in un disturbo di questa funzione sfinterica che si dovrebbe vedere la vera causa della stasi ileale, e non nelle inginocchiature e nelle briglie osservate a questo livello.

La disposizione meccanica della valvola ileo-cecale può avere importanza nel fatto certo che la flora bacterica è sempre infinitamente meno ricca nell'ileo che nel cieco. Ma è molto probabile che si aggiunga una azione bactericida speciale: essa spiegherebbe come in caso di stasi ileale la setticità assai aumentata in questo segmento terminale del tenue diminuisce prestissimo non appena ci si allontana dalla valvola.

Esistono altri *dispositivi* sfinterici, meno conosciuti e non unanimemente ammessi.

Abbiamo già segnalato l'esistenza possibile di uno sfintere tra il cieco e il colon; abbiamo visto come si producono questi punti d'appoggio che permettono la progressione del contenuto dell'intestino crasso.

All'unione retto-colica esiste ugualmente una zona assai tonica che regola l'evacuazione sigmoidea e che può essere la causa della stasi in questa parte dell'intestino. Infine sulla 3ª parte del duodeno A. J. Ochsner ha descritto un ispessimento sfinterico; per Keith è un disordine nel funzionamento di questo sfintere che spiegherebbe la stasi duodenale e non la compressione di questa parte dello intestino da una corda mesenterica che sopporta il peso d'una ptosi intestinale.

***

Le ricerche anatomiche di Arturo Keith hanno aperto nuovi orizzonti. Egli, in collaborazione con Martino Flack, aveva descritto nella parete del cuore, allo sbocco della vena cava superiore nell'orecchietta, una zona limitata, un *nodo*, costituente una vera *congiunzione neuro-muscolare*, ossia un tessuto in cui le cellule nervose entrano in *continuità* con la fibra muscolare. È in questo nodo di tessuti che deve porsi l'origine dei battiti del cuore.

L'autore ha cercato un tessuto nodale simile nell'intestino e ve lo ha trovato più particolarmente sviluppato là ove l'intestino presenta uno stato abituale di contrazione tonica. In queste regioni, il plesso d'Auerbach sarebbe, in certi punti, sprovvisto di envolucro, e si stabilirebbe là una continuità diretta tra la cellula nervosa del plesso di Auerbach e la cellula muscolare vicina.

Per Keith, questo *tessuto nodale dirigerebbe tutto l'automatismo* intestinale. I lavori di Bayliss e Starling dimostrano che la musculatura dell'intestino possiede un ritmo come quella del cuore; quelli di Cannon e d'Alvarez confermano questo modo di vedere. Quest'ultimo autore scopri in effetto che le contrazioni intestinali presentano in certi punti dei *maxima:* all'origine della seconda parte del duodeno, all'inizio del digiuno, al termine dell'ileo. È precisamente in queste regioni che si troverebbe in maggiore abbondanza il tessuto nodale di Keith, che costituirebbe altrettanti centri regolatori dei movimenti dell'intestino.

Si può dunque considerare che gli alimenti sono spinti attraverso una serie di segmenti aventi ciascuno un sistema regolatore e un modo di contrazione proprio. Forse conviene paragonare questo sistema a quello cardiaco, con le sue zone auricolari, ventricolari e il suo seno auricolo-ventricolare regolatore; e bisognerebbe applicare alla patologia di tutto questo sistema motore intestinale le nostre nozioni sula patologia del muscolo cardiaco. Dovremo dunque trovare un *bloquage* là dove una zona d'un certo ritmo dà luogo a una zona di ritmo differente; là dove a un ritmo in decrescenza succede un ritmo più ettivo. Infatti, questo « bloquage », questa stasi, li troviamo alle congiunzioni esofago-gastrica, gastro-duodenale, duodeno-digiunale, ileo-colica. È facile immaginare che solo un'armonia perfetta fra i ritmi di questi differenti segmenti del canale intestinale può portare la *progressione* regolare del contenuto intestinale, e che tutti i disturbi nel funzionamento d'uno di questi segmenti si faranno risentire sul funzionamento degli altri segmenti intestinali.

Eccoci ben lontani dalla semplice teoria meccanica, con briglie e inginocchiature, della stasi intestinale! La teoria fisiologica non assegna più che una parte secondaria alla ptosi viscerale, alle briglie, alle inginocchiature; essa attribuisce la causa prima a un disturbo del meccanismo intimo della motilità intestinale.

B. MASCI.

L'evoluzione della chirurgia toracica negli ultimi quattordici anni.

(WILLY MEYER, *Medical Record*, 10 maggio 1919).

Poco più di un secolo fa Itard descriveva per primo la lesione chiamata « pneumotorace acuto »: quando la parete toracica è aperta per es. per una ferita, l'aria entra nella cavità pleurica, e, disturbato l'equilibrio fisiologico, venuta meno la pres-

sione negativa che tiene disteso il polmone, questo, a causa della sua elasticità, si ritrae tutto attorno al suo ilo. Una prima conseguenza di questo stato è l'insorgere istantaneo della dispnea: la quale è specialmente dovuta al fluttuare del mediastino che è spinto, nell'inspirazione, per l'aria che entra nella pleura, verso il polmone ancora sano alterando così anche in questo gli scambi gassosi.

Ora, è stato precisamente il pericolo di un pneumotorace acuto che ha bloccato per circa un secolo lo sviluppo della chirurgia intratoracica; sebbene non siano mancati dei chirurgi che audacemente attaccarono questo campo ed ottennero dei successi, sia per la eventuale presenza di aderenze, sia per speciali artifizi di tecnica messi in uso.

Ma si trattò di casi rimasti isolati. Spetta a Sauerbruch (1903) il merito di aver studiato (dietro invito di Mikulicz) e risolto il problema sulla base della pressione differenziale già tenuta presente da altri. Il risultato dei suoi lavori fu la sua « camera negativa », consistente in una scatola nel cui interno era il corpo dell'animale mentre la testa era mantenuta fuori: nella scatola veniva fatta una pressione negativa uguale a quella intratoracica: operazione sotto pressione negativa. Ovvero l'animale era posto con la testa dentro la scatola e il corpo fuori, e nella prima la pressione era corrispondentemente aumentata: operazione sotto pressione positiva.

Pochi mesi dopo Mikuliez costruiva nella sua clinica di Breslavia una stanza per operare sull'uomo nelle stesse condizioni: i risultati vennero pubblicati nel 1904 da Sauerbruch e l'avvenimento fece rumore nel mondo chirurgico. L'A. nello stesso anno ne riferiva davanti alla *N. Y. Surgical Society*.

Egli ricorda anche una memorabile discussione nel 1908 al congresso della *American Med. Association*. V'era ancora una divergenza di opinioni sulla preferenza da dare al metodo della pressione positiva o a quello della pressione negativa. I fisiologi si dichiararono in favore di quest'ultima perchè più rispondente alle condizioni normali.

Ulteriori perfezionamenti nel metodo della pressione differenziale seguirono in breve, e comparve il metodo della maschera: una corrente di ossigeno, che viene da serbatoi, porta l'anestetico ai polmoni; nei quali è mantenuta la pressione positiva facendo compiere l'espirazione attraverso una forte valvola (Schmieden) o una colonna d'aria.

Poco dopo Meltzer ideava il suo metodo oggi universalmente diffuso della insufflazione intratracheale: il quale perchè ideato da un fisiologo, e basato su prove sperimentali, incontrò dapprima delle opposizioni e apparve troppo semplice ai clinici, che preoccupati anzitutto dell'innocuità del sistema verso l'organismo umano avevano contastato i successi della « camera negativa »; ma dimostratosi applicabile perfettamente all'uomo, ottenne la generale approvazione.

Infine va ricordato per la produzione della pressione differenziale il metodo dell'insufflazione faringea.

Sicchè abbiamo a disposizione quattro metodi per mantenere il lavoro fisiologico dei polmoni negli interventi toracici: 1) la camera negativa e la scatola a pressione negativa; 2) l'apparecchio a maschera; 3) l'insufflazione intratracheale, e 4) l'insufflazione faringea. Tutti però sono fondati sull'applicazione di pressione negativa o positiva, in una parola sull'uso della pressione differenziale; la quale sola, secondo l'opinione che l'A. sostiene energicamente, contro alcuni chirurgi i quali la ritengono superflua, permette all'operatore di intervenire sul torace con la stessa tranquillità che sull'addome.

Dopo questa premessa generale, l'A. passa a studiare le singole branche della chirurgia toracica seguendo una classificazione anatomica.

1. *Parete toracica.* — Lasciando da parte le infiammazioni acute e croniche della parete, e rimandando a un altro paragrafo i traumatismi, che per lo più interessano anche i polmoni, va accennato ai neoplasmi (carcinomi primari o secondari, endoteliomi, sarcomi): i quali debbono essere estirpati radicalmente: ciò è reso possibile e facile dall'operazione condotta sotto pressione differenziale; dopo di che o si chiuderà ermeticamente, ovvero si lascerà un drenaggio della pleura che però permetta una chiusura a tenuta d'aria, con polmone disteso.

2. *Pleura.* — La affezione che solo qui ci interessa è l'empiema. L'A. non vi insiste date le numerose pubblicazioni recenti anche a causa della guerra, che ha reso purtroppo la malattia assai frequente. Egli si limita a far considerare il seguente punto: che la questione forse più importante è di abbreviare la lunga cura postoperatoria. A ciò potrà riuscirsi: sia non lasciando che il liquido resti troppo a lungo nella pleura e che si formino delle aderenze che fissino il polmone e gli impediscano di espandersi; sia procurando che il liquido venga completamente e continuamente evacuato; sia adoperando un processo di drenaggio non grossolano e che permetta la disinfezione continua della cavità con liquido di Dakin.

3. *Diaframma.* — Non è il caso di parlare della « eventrazione diaframmatica » in cui per la

paralisi di una metà del diaframma il contenuto dell'addome è risalito nel torace, ma il diaframma come tale è completo. Piuttosto va ricordata l'ernia diaframmatica vera e propria, condizione di cose che, assai difficile a riconoscersi prima, è oggi sicuramente diagnosticabile per mezzo dei raggi Roentgen. Per la cura può bastare (specie se l'ernia è del solo stomaco) una semplice gastro enterostomia; ma talora è necessario praticare una toracotomia e una laparatomia, e distaccare il viscere erniato dalle sue aderenze sotto il controllo della vista e delle mani (posta una nell'addome, l'altra nel torace); chiudendo poi la breccia con la sutura se è possibile o con un trapianto aponeurotico. Accenniamo di volo alla « laparatomia transtoracica ». E ricordiamo da ultimo che alcune affezioni oggi di dominio assoluto della medicina potranno diventare casi di confine: così il singulto permanente successivo a un'operazione addominale, e che è dovuto a irritazione del frenico del lato dal quale è stata fatta l'operazione, può esser curato, ove i mezzi medici abbiano fallito, con l'isolamento del nervo al collo e la sua compressione (non resezione).

4. *Mediastino anteriore*. — Le suppurazioni acute dello sterno con raccolta nel mediastino anteriore erano già curate nell'epoca meno moderna della chirurgia toracica. I tumori di queste regioni, che generalmente sono maligni, vengono per lo più troppo tardi al chirurgo, e non può trattarsi che di una operazione decompressiva (come per il cranio in caso di tumore cerebrale inoperabile) per alleviare i gravi disturbi del paziente. Friedrich propone una incisione trasversale dello sterno; Sauerbruch una longitudinale, dopo la quale la divaricazione dei due lembi permette di ispezionare accuratamente: se si tratta di un tumore maligno si potranno tentare i raggi X e il radio: mentre l'intervento avrà sempre servito alla decompressione.

5. *Cuore e grossi vasi*. — Sono noti i brillanti successi ottenuti in casi di ferite « chiuse » del cuore con sutura, estrazione di corpi estranei etc. È anche noto l'audace tentativo di Trendelenburg di curare con una operazione l'embolia polmonare: quasi tutti questi disgraziati morirono poche ore dopo, solo uno potè sopravvivere per 4 giorni. L'A. crede che l'applicazione della pressione differenziale potrà diminuire la percentuale di insuccessi: di fatto egli è riuscito, nell'istituto Rockefeller, a far sopravvivere un cane operato con questo metodo, mentre nella clinica di Lipsia anche le operazioni sperimentali sui cani ebbero esito infausto.

Poche parole negli aneurismi toracici. L'operazione di scelta è oggi l'introdurre nella sacca un filo metallico di una lega speciale, e quindi, facendo passare una corrente in esso, produrre un'escara e con ciò la formazione di fibrina nei punti di contatto e diminuire così la cavità. Lusk di New York e l'A. stesso hanno ottenuto così dei considerevoli risultati. Si intende che dovrà concorrere la terapia causale, essendo quasi sempre la sifilide la base della lesione anatomica.

Il trattamento operatorio di alcuni tipi di malattie valvolari è ancora « musica del futuro »; tuttavia Carrel e Jeger di Breslavia hanno indicato, sperimentalmente, la via: e non è utopia immaginare che il coltello del chirurgo possa nel futuro per qualche via raggiungere la sede della lesione, e portare aiuto, p. es. nella stenosi della mitrale o della tricuspide. Così anche queste malattie potranno forse un giorno divenire terreno di contatto fra medicina e chirurgia. Del resto quasi tutte le specialità si dànno la mano nel torace.

6. *I polmoni e i bronchi*. — L'infiammazione acuta del polmone — la polmonite — rimarrà probabilmente competenza dell'internista; sebbene vi siano indizi che fanno pensare che saranno chiamati a collaborare al suo trattamento altri specialisti: Meltzer nella pulmonite sperimentale dei cani ha pensato di portare un certo aiuto con l'insufflazione intratacheale; e dei broncoscopisti pensano che sarà forse possibile tentare un intervento diretto iniziale per mezzo di soluzioni o in altro modo.

V'é un tipo di infiammazione acuta del polmone che rientra nettamente nel campo chirurgico, e cioè la pulmonite acuta settica embolica: nella quale mentre prima non si tentava nulla, oggi è il caso di proporre, una volta posta la diagnosi, sulla base della storia, dell'esame clinico e del reperto radioscopico, di incidere fino al polmone, palpare, fissare la zona infiltrata alla parete e quindi incidere il focolaio o nella stessa seduta o in un secondo stadio.

Passando alle malattie croniche, messa da parte la sifilide, la quale va trattata con la cura specifica, abbiamo due grandi tipi di malattie, l'uno non specifico (bronchiectasia), specifico l'altro (tubercolosi).

Un paziente che presenti tutti i segni di una tubercolosi avanzata (tosse, sputo non raramente sanguigno, sudori notturni, febbre) e in cui non si siano trovati i bacilli di Koch è assai spesso un bronchiectasico. I segni clinici sono per lo più assai scarsi; percussione e ascoltazione danno magri risultati, raccogliendo gli sputi delle 24 ore si osserveranno i ben noti tre strati; la radioscopia potrà talora aiutare nella diagnosi: la quale però è essenzialmente basata sulla broncoscopia.

A tal proposito l'A. pensa che presto in ogni ospedale o gruppo di ospedali vi dovrà essere un broncoscopista: il quale però dovrà possedere completamente la tecnica del metodo ed essere in grado

di dirci da quale bronco e da quale ramo bronchiale il pus fuoriesce.

La bronchiectasia è una malattia dell'albero bronchiale e non del parenchiema polmonare, originariamente, cioè anatomicamente: trattandosi di un processo infiammatorio si intende che il polmone sarà assai presto, spesso contemporaneamente, invaso.

Etiologicamente essa è spesso consecutiva a pulmonite; o anche dovuta ad aspirazione sia di solidi come di liquidi: ciò che spesso si è visto dopo la tonsillectomia. Nei casi avanzati si ritrovano nel sistema bronchiale e nel polmone adiacenti delle cavità, sulle cui pareti ispessite sono frequentemente depositi di sali di calcio; il bronco afferente, in seguito a processo ulcerativo, si restringe, e la secrezione ha così agio di decomporsi; il paziente non tosse ma, nel vero senso della parola, vomita, nel tossire, il contenuto delle cavità, di odore assai fetido.

Che cosa v'è da fare? Esiste un trattamento radicale, uno chirurgico, e uno palliativo. Il primo era il solo noto fino a pochi anni fa: ma non è possibile applicarlo quando sono affetti ambedue i polmoni o tutti e tre i lobi del polmone destro. Questo era il caso di una ragazza che ricorse all'A: non si poteva pensare alla pneumectomia: egli allora volle applicare un metodo già usato in Francia e più tardi in Germania, cioè l'irrigazione sistematica dell'albero bronchiale (con soluzione di Lugol; paziente in lieve Trendelenburg): questo trattamento, condotto insieme con il broncoscopista, ebbe ottimi risultati.

Se venne aspirato nei polmoni un corpo estraneo che mantiene la suppurazione, spetterà al broncoscopista di estrarlo.

Il trattamento operatorio conservativo è stato particolarmente raccomandato da chi si è interessato dell'argomento: e tale fu il consiglio dato da Friedrich all'A. Il quale dietro l'avviso di un uomo di quella esperienza si indirizzò prevalentemente ai metodi conservativi, fatta eccezione del pneumotorace artificiale, che a Volhard non aveva dato buon successo. Ma si è riconosciuto poi che il caso di Volhard era troppo avanzato, mentre le statistiche di Tewksbury raccomandano, nelle circostanze adeguate, anche questo metodo.

Nei casi avanzati invece vi è solo un metodo che può guarire ed è la lobectomia: la quale ha fatto considerevoli progressi, ma ancora per essa v'è molto da imparare.

Una parola sul trattamento chirurgico della *tubercolosi polmonare avanzata*. Meltzer ha proposto delle larghe incisioni intercostali, le quali, se si vede che il mediastino protegge sufficientemente l'attività respiratoria dell'altro polmone, debbono essere lasciate aperte per lungo tempo. L'A. crede però che in tal modo la soluzione di continuo ha rapidamente la tendenza a granulare: mentre l'unico scopo che esso si proponga, cioè l'esposizione all'aria e il benefizio della compressione e del riposo polmonare, possa ottenersi meglio e più semplicemente con le iniezioni intrapleuriche di azoto o di aria.

E quando esistano delle aderenze che attaccano solidamente la pleura viscerale alla polmonare, sempre in una forma avanzata? Anche qui medicina e chirurgia si dànno la mano. Il mezzo terapeutico che si consiglia è sempre lo stesso (Friedrich, Sauerbruch, Wilms): la più completa possibile compressione del polmone. Ciò si può ottenere con la resezione di molte coste (toracoplastica extratoracica) e se è necessario della parte interna della clavicola; con il taglio del frenico (paralisi del diaframma e sua spinta in alto); con l'apicolisi di Tuffier, cioè disimpegno dell'apice e sua compressione per mezzo di un pezzo di piombo lasciato a permanenza. I risultati sono stati assai buoni: è stato dimostrato che almeno 2/3 di pazienti che altrimenti sarebbero assolutamente perduti possono essere ancora migliorati e curati.

7. *Mediastino posteriore.* — L'A. è costretto a limitarsi a trattare il cancro dell'esofago, la malattia più importante di questa regione. Esso è il più benigno dei carcinomi tutti: appartiene al tipo a cellule squamose, che si ha anche negli epiteliomi della pelle, dove trova buona applicazione la terapia col radio. Se si potesse esser sicuri che lo stesso possa ottenersi nei cancri esofagei, nessun chirurgo dovrebbe aggredirli: ma la risposta che attendiamo dagli specialisti non ci lascia finora molto a sperare. L'A. è d'opinione che anche questo campo rimarrà assoluto dominio della chirurgia. Intanto il trattamento operatorio è, nei casi che si prestano, da seguirsi, e possiamo citare qualche successo.

Ci mancano ancora dei progressi rispetto a una diagnosi precoce, la quale certamente migliorerà la statistica chirurgica. Quanto alla tecnica, oggi, è la seguente: dopo una incisione che ci dia un ampio accesso, si isola e si reseca il tumore, si richiude il tronco distale dell'esofago, e si trapianta extratoracicamente sotto la pelle del petto il moncone prossimale; poi praticata una gastrostomia si connette questa al moncone suddetto per mezzo di un tubo di caucciù. Thorek ha avuto con questo metodo un brillante successo. Se la gastrostomia è fatta col processo Beck-Jiam (esofagoplastica inferiore) si può sperare di ricostruire l'intiero esofago extratoracico.

Il pericolo principale si ha se la resezione deve esser fatta dietro l'arco aortico, dove si incrociano, e mandano rami al cuore e ai polmoni, il vago e il simpatico: vero « tallone d'Achille » della vita. Del resto naturalmente vi sono dei limiti all'operazione

radicale: ma, pensiamo noi mai di escidere un cancro del piloro che si sia esteso dentro il fegato e nel pancreas?

Quanto si è detto per il cancro dell'esofago vale per quello del cardias. Molti chirurgi pensano che questo non debba esser toccato, ma è noto che lasciato a sè esso porta una fine terribile. Vi sono dei casi in cui, specie dopo una esplorazione, può ammettersi una operabilità. Già cinque casi di successo sono stati pubblicati. SEBASTIANI.

NEUROLOGIA.

La pelle d'oca ed il riflesso pilomotore.

(T. SENISE. *Annali di Nevrologia*, 1919, n. 1-2).

La pelle d'oca consiste nell'arricciamento involontario della pelle e nel raddrizzamento o erezione dei peli. Si verifica nell'uomo, come in altri animali forniti di peli, di penne, di aculei, ecc.

Il fenomeno della pelle d'oca o cute anserina è stato identificato con l'orripilazione, ma in verità questo è un fenomeno più complesso. Nel concetto di orripilazione, oltre la pelle d'oca c'è anche l'idea di tremito o brivido: l'orripilazione costituisce quel complesso dei fatti con i quali s'inizia il periodo febbrile.

La pelle d'oca può essere provocata dalle emozioni, dal freddo, dalla febbre e da alcuni stati morbosi particolari; può anche verificarsi nel cadavere.

La paura, lo spavento, il terrore, l'orrore, la collera, l'ira, il furore sono stati emotivi che nell'uomo come in alcuni animali hanno come concomitante fisico la pelle d'oca. Questa può essere provocata anche da emozioni tenere (ascoltare dela musica, assistere ad un dramma), come da sensazioni sgradevoli acustiche, tattili e sopratutto gustative.

La pelle d'oca è determinata dalla contrazione dei muscoli *erectores pilorum*. Questi muscoletti a fibre liscie innervati dal simpatico, in numero di 2 o 3 per ogni pelo, inserendosi da un lato tra gli strati più superficiali del derma e dall'altro su la faccia esterna del follicolo del pelo, determinano, quando si contraggono in rapporto alla loro direzione obliqua, due fenomeni: sporgenza dei follicoli piliferi, dando alla pelle un'aspetto granuloso, ed erezione o raddrizzamento dei peli.

Come e perchè i muscoli *erectores pilorum* si contraggono in seguito a determinate emozioni e sensazioni allo stato dei fatti non è dato precisare. E d'altra parte non è ancora ben chiaro quale sia il significato del fenomeno, e quale importanza fisiologica esso abbia. Molte ipotesi sono state formulate al riguardo, ma nessuna può dirsi soddisfacente.

La pelle d'oca può aversi anche in seguito all'esposizione del corpo al freddo. È degno di nota il fatto che quando il freddo si prolunga, alla pelle d'oca può seguire il brivido o tremito. Il rapporto tra pelle d'oca e brivido si può dire costante perchè la concomitanza dei due fatti può aversi anche nell'emozioni violente.

In molte malattie infettive (malaria, piemia, pulmonite ed in genere all'inizio dei processi infettivi acuti) il fenomeno della pelle d'oca si accompagna a vaso-costrizione periferica ed a brividi caratteristici, costituendo così l'orripilazione.

Oltre che nelle forme febbrili, la pelle d'oca può aversi anche in alcune malattie nervose. Féré la notò in un epilettico durante gli accessi convulsivi ed in un emicranico durante gli accessi dolorosi della testa dal lato affetto.

La pelle d'oca si osserva con una certa frequenza nei cadaveri nei quali può considerarsi come la persistenza del fenomeno prodottosi in vita negli individui morti per assideramento o negli individui morti per circostanze che determinarono forti emozioni (paura, terrore, orrore). Ma non è dubbio che la pelle d'oca possa essere un fenomeno post-mortale, dovuto alla contrazione degli *erectores pilorum* come fatto di rigidità cadaverica, o dovuto all'evaporazione dei liquidi dei tegumenti per modo che i follicoli dei peli e le glandole sebacee sporgerebbero sulla superficie cutanea.

Il riflesso pilomotore non è altro che il fenomeno della pelle d'oca, d'ordinario limitato, provocato artificialmente. James Mackenzie per il primo ebbe l'idea di ricercare tale riflesso e di accertarne il significato diagnostico.

Il riflesso pilomotore si può provocare con mezzi fisici e chimici.

Nei mezzi fisici sono compresi gli stimoli meccanici (strisciare su una porzione di cute fornita di peli e specialmente sul petto la punta di un dito, un'unghia, la testa di uno spillo), gli stimoli termici (strisciando sulla cute pezzetti di ghiaccio o una pezzuola imbevuta d'acqua fredda), gli stimoli elettrici (applicazioni faradiche o galvaniche interrotte sul simpatico cervicale).

Ai mezzi chimici appartengono le iniezioni o applicazioni locali di adrenalina e pilocarpina.

Il riflesso può ottenersi anche con il solletico.

Quando il riflesso fosse debole si può ricorrere alle eccitazioni dolorose (punture di spillo o pizzicamento della pelle) nonchè alla forte pressione sulle apofisi spinose.

Il riflesso pilomotore varia secondo l'età ed il

sesso ed anche nello stesso individuo secondo varie contingenze. Nei bambini è poco appariscente, negli adulti è generalmente presente, nei vecchi, secondo Koenigsfeld e Zierl, sarebbe esagerato, secondo Pari debole.

Il riflesso pilomotore è stato esplorato non solo nelle malattie nervose, ma anche in altre affezioni; esso è un buon indice della tonalità simpatica. Nelle affezioni dell'aorta è stato trovato esagerato da Campani e Pende, assente o debole nei tifici, nei tubercolotici, nei malarici cronici, ecc., accentuato negli anemici e nei denutriti.

Per ovvie ragioni il riflesso pilomotore è esagerato nell'ipertiroidismo e nell'ipersurrenalismo. Del pari esagerato è stato trovato nella nevrosi traumatica, nelle forme di spasmofilia costituzionale, nella nevrastenia a tipo eretistico ed in genere in tutte le forme nevralgiche. Su un caso di nevrastenia sessuale l'A. l'ha trovato assai debole. In un caso di emiplegia isterica con emianestesia Campani ha trovato il riflesso identico ai due lati.

L'esagerazione del riflesso pilomotore pare si accordi con la esagerazione dei riflessi tendinei, dei cutanei, con un dermografismo spiccato e con l'aumento della eccitabilità idio-muscolare. L'esagerazione del riflesso pilomotore si associa spesso con l'abolizione del riflesso oculo-cardiaco: l'uno infatti è espressione di simpaticotonia, l'altro di vagotonia.

Nella tabe dorsale è particolarmente vivace e Neumann ha segnalato anche crisi di orripilazione analoghe alle crisi gastriche, laringee, ecc. dei tabetici.

Nella emiplegia organica il riflesso pilomotore appare più vivace sul lato sano.

Nelle ferite del sistema nervoso centrale e periferico il comportamento del riflesso è stato studiato da Thomas, il quale ha dimostrato che se ne possono trarre utili indicazioni diagnostiche e prognostiche, specie nelle lesioni del simpatico e dei nervi periferici. Interessante è anche il modo di comportarsi del riflesso pilomotore nel corso della rigenerazione dei nervi periferici.

Dr.

Come effetto della intossicazione alcoolica (da alcool etilico) aumentano la colesterina, la lecitina ed i grassi neutri del sangue, determinando una vera mobilizzazione dei lipoidi (lipoidolisi) fenomeno che agisce come funzione di difesa dell'organismo.

(V. DUCCESCHI. *Prensa medica argentina.*

MEDICINA SOCIALE.

Gl'insegnamenti medico-sociali della nostra guerra

per il prof. dott. GIOACCHINO BRECCIA,
della R. Università di Genova.

I quattro anni passati in zona di guerra, mi han messo al giorno di un certo numero di problemi medico-sociali di grave importanza, che la guerra ha posto in risalto, come suol fare per tutte le deficienze materiali morali e politiche.

Occorrerà fare opera di divulgazione nella speranza che seguano adeguati provvedimenti!

Quale è stato il mio campo di osservazione? Dieci mesi dirigente reparti medici in unità sanitarie avanzate, otto nell'unico ospedale d'una armata per la cura e provvedimenti medico-legali per ufficiali, cinque mesi all'insegnamento della Clinica Medica nella Università castrense di Padova col sen. Maragliano, un semestre dirigente il reparto d'accertamento tubercolosi d'una armata e un reparto d'accertameuto medico-legale per militari, poi dal decembre 1917 ad ora membro di Giunte e sottogiunte sanitarie d'armata, di commissioni mediche per l'assegnazione di pensioni, ed ora della commissione sanitaria d'appello per la Provincia di Genova, ho potuto vedere molti aspetti dei problemi umani di cui parlerò brevemente.

I. PSICHE.

Cose note e liete per chi ha veduto il popolo Italiano al lavoro di pace, in patria e fuori! Sue caratteristiche sono prontezza d'intuito, facilità d'associazione, vigore di volizione, acutezza di critica, esattezza di giudizio, equilibrio di raziocinio, che abbiamo veduto rifulgere negli uomini in guerra.

Essi si sono mostrati individualità pensanti e volenti non unità brute, «proiettili umani», come avvenne nelle masse nemiche il più delle volte.

I nostri uomini, pur provenienti da mestieri più pacifici, seppero subito «ambientarsi», gareggiare e vincere gli avversari da secoli nati per la guerra in quelle qualità dei bassi strati delle psiche, fatte di resistenza, di tolleranza e di ostinazione, che si volevano nell'«antebellum» gabellare per qualità superiori. Data la solida struttura psichica delle nostre folle abbiamo visto relativamente tenue il contributo alla morbilità mentale anche per il fatto della ben nota sobrietà (certo superiore agli altri eserciti) delle nostre masse.

II. RESISTENZA ORGANICA.

Intendo qui per resistenza organica la difesa che l'organismo oppone alle cause di malattia e

agli agenti di « affievolimento » dell'organismo stesso e il rendimento dell'organismo al lavoro.

La resistenza organica *morbile* e *lavorativa* noi vedemmo pressochè eguale pei sani e bene sviluppati, da qualunque regione essi provenissero. Così soggetti di climi caldi e piani lavorarono abbastanza bene sulle Alpi.

Negli uomini di leve giovanissime, a parità di costituzione e in genere di « mezzi fisici », non si sono rilevate differenze nella resistenza in confronto *coeteris paribus* con le leve più anziane.

Non è così per i diversi mestieri. I militari provenienti da professioni sedentanee presentavano manifesto il difetto d'allenamento. Esso si manteneva anche dopo vari mesi di guerra e determinava spesso una palese minus attitudine. Si direbbe che l'allenamento non sia egualmente efficace se avvenga oltre la prima età.

Molti di questi non allenati sono però soggetti con tare di sviluppo astenico.

Queste *astenie* di sviluppo hanno alcuni tipi:

1º tipo di disvoluzione della struttura somatica:

a) per deficienze morfologico-funzionali essenziali;

b) per intercorrenze morbose nella crescenza (rachitismo, infezioni, sovraffaticamento precoce, denutrizione, svariati errori igienici nella crescita).

2º Tipo di deficienze ormonico-vegetative (ipo- e disfunzione tiroidea, surrenale, ecc., ecc.).

3. Tipo delle ipocapacità funzionali essenziali e sistematizzate:

a) Ipocapacità respiratoria;

b) Ipocapacità circolatoria;

c) Ipocapacità neuropsichica;

d) Ipocapacità delle funzioni digerenti e connesse.

Cito le più agevoli a conoscere.

In queste *ipocapacità funzionali essenziali* notasi senz'attuali malattie una minore attitudine alla funzione rispettiva, comparativamente alla media per la stessa età e ceto sociale. Così tali individui dànno segni di stanchezza della relativa funzione nelle condizioni abituali medie di lavoro organico, stanchezza che insorgerebbe nei soggetti medî solo pel lavoro organico grave e penoso, e ad ogni moderata richiesta di maggior funzione presentano segni di « insufficienza funzionale corrispondente »: così esistono individui senza cardiopatie, che presentano segni di fatica cardiaca per esercizi fisici, che nei soggetti medi passano senz'effetto. E vi sono dei soggetti mentalmente sani, che dànno sintomi di stanchezza cerebrale o nervosa in genere, quando *coeteris paribus* i più nulla risentono di egual lavoro. Si dànno inoltre individui sani, la cui tolleranza al lavoro digestivo è patentemente minore della generale. Ed infine si hanno soggetti sani, in cui la funzione respiratoria anche al solo esame pneumo-volumetrico e pneumo-manometrico deve dirsi inferiore alla media.

Alcune di queste ipocapacità sono sulla soglia delle cosidette neurosi (cardiaca, nevrastenica, gastrica, ecc.), con le quali hanno a volte parvenze comuni.

È bene notare che questi cenni hanno valore solo descrittivo e analitico; non mi sentirei allo stato attuale delle nostre conoscenze, di seguire l'andazzo di stabilire delle sistemazioni etio-patogenetiche.

III. LE COSTITUZIONI FISICHE.

Quando si abbia occasione di giudicare l'efficienza fisica di parecchie migliaia di uomini, accade di notare la differenza di resistenza morbile e lavorativa ed in genere di tutto il comportamento somatico e psichico a seconda delle costituzioni fisiche.

Per costituzione occorre indicare genericamente « il *tipo* di organizzazione e di funzione, quale appare in sanità e nelle malattie ».

Questi tipi vanno presi in senso lato, non potendosi classificare a rigore le varie individualità umane in questo senso.

Fra i vari tentativi occorre non dimenticare gli studi del De Giovanni che diede a mio credere il concetto più scientifico di aggruppamento con l'introduzione dell'elemento morfologico-funzionale. Al progredire delle cognizioni i concetti cambiano, ma la base di fatto rimane ed è utilizzabile.

Non si possono infatti anche oggidì negare dei tipi di organizzazione e di funzione caratterizzati da: *a*) prevalenza o meno di alcuni organi e sistemi sugli altri; e *b*) da maggiore o minore efficienza di alcune funzioni sia nella correlazione organico-funzionale dell'economia, sia nelle varie contingenze della vita. Da ciò deriva: *c*) che nei vari *tipi* le malattie decorrono in maniera particolare e sono in modo diverso facili in essi ad aver luogo.

Esiste adunque una « complessione individuale », che è costituzione anatomo-morfologica e correlazione funzionale, che costituisce l'entità personale, favorente od ostacolante (*efficacemente o meno*) *le cause morbose, adatta o disadatta, armonica o disarmonica* (in modo disturbatore o meno) *con le varie maniere di vita. Tale complessione è modificabile spontaneamente o con opportune e tempestive modificazioni del metodo di vita.* Qualunque sia il concetto etiogenetico, anatomico o funzionale, dinamico-nervoso od ormonico-chimico, la guerra, sintetizzando le esperienze della vita, ha messo in luce tutta una scala di efficienze somatiche e psi-

chiche, corrispondenti ed altrettanti substrati-tipo, che continueremo a chiamare costituzioni. Tale gamma è nota a chi ha veduto gli uomini « al lavoro ». Per mia parte posso dire che le deficienze lavorative e funzionali coincidono nella massima parte, almeno come fenomenia grezza, ai tipi distinti dal De Giovanni: mi riferisco più specialmente all'ipocapacità funzionale respiratoria (1), circolatoria (2) e digerente. Ma di ciò non è possibile riferire in un breve articolo.

IV. I MINORATI.

Oltre i disadatti per disvoluzione organica, per anomalie endocrine, per ipocapacità funzionale sistematica, per costituzione fisica non rispondente alla maniera di vita, esistono dei tipi di minus-efficienti che si possono denominare *minorati*.

Le loro deficienze sono tutte acquisite, o per malattie sofferte, o per essere stati esposti a lungo ad agenti capaci di dare malattie, anche se queste non sembrino avere palesemente attecchito. Alcuni di codesti soggetti sono affetti di malattie occulte e misconosciute, mentre del resto si ritengono sani essi stessi il più delle volte. La guerra permettendoci i confronti ha disvelati questi minorati, incapaci di rendere ragione della ignorata loro deficienza.

Per lo più sono uomini abituati allo stento, che associano ad ogni atto della vita una senzazione penosa, e credono che la esistenza debba essere nel loro stato sociale così, e si dichiarano malati, sol quando la pena acquista un carattere inconsueto o un' intensità intollerabile. Sono questi i soggetti, che vengono all'ospedale civile, quando p. e. hanno le pleure o il peritoneo ricolmi di liquido, dicendo di aver lavorato « fino a ieri ».

Li distingueremo in due gruppi:

a) Minorati da incongruo regime di vita e di lavoro,

b) Minorati da azioni morbigene, con o senza sindrome di malattia.

A). *Minorati da inadatto regime*. — Sono in questa categoria di particolare importanza:

1). I *denutriti* ed autofagi spesso in difetto non soltanto di azoto, ma anche delle calorie di bilancio.

Questa denutrizione si associa alle volte ad una sindrome caratterizzata da stato di magrezza, di oligoemia e inoltre da discromie cutanee varie, da senilità precoce relativa all'età, anche giovanile ed infine evidente minus-efficienza lavorativa relativa all'età e allo sviluppo somatico, che colpiva in guerra anche i non medici (comandanti di reparto).

La denutrizione in crescenza determina oltre la detta sindrome, i più spiccati arresti di sviluppo e fatti patenti di disvoluzione. Accade alcune volte, dall'età in cui si vedono comparire nei fanciulli queste stimmate, di poter con una certa sicurezza indovinare, fin da quale età l'alimentazione della comunità è sufficiente.

2). *I sovraffaticati* sono un altro gruppo importante di minorati. I soggetti esposti a lungo o per anni ad un lavoro superiore all'energia massima disponibile in loro con quel dato regime di interruzione e di durata, presentano una speciale astenia psico-vegetativa con la solita ipocapacità al lavoro. Sono soggetti cronicamente « storditi » e « lassi », il cui trofismo è evidentemente disturbato dal disadatto regime di lavoro. Se poi il sopra-affaticamento si associa alle deficenze alimentari, le due stimmate si sovrappongono, così che, come in pratica accade, difficilmente si riesce a individuarne gli elementi.

3). Infine anche l'abituale scarsezza di ossigeno propria di certi modi di vita e di lavoro, astretti al soggiorno in aria confinata, viziata, sopra-respirata, per la facile anemizzazione che ne deriva, vidi dare dei veri e solenni stati di minorazione.

B). *Minorati da azioni morbigene, con o senza sindrome di malattia*:

1). *Malattie e cause morbigene da lavoro*. — Le cause morbigene, a cui i soggetti rimangono più frequentemente e più a lungo esposti, sono le cause morbigene da lavoro. Tali cause morbigene da lavoro nel fatto non possono essere soltanto quelle racchiuse nella vecchia cerchia patologica, perchè il lavoro non può considerarsi come *agente minoratore* solo perchè tossico, infettante, ecc., ma anche perchè, come tutte le abitudini di vita, entra negli antecedenti anche delle malattie comuni, non considerate quali malattie da lavoro.

Le cause morbigene da lavoro ho riassunto nella seguente tabella classificandole in modo più strettamente legato alla loro azione minoratrice.

CAUSE MORBIGENE DA LAVORO.

I. – Lavori a morbilità contingente ed occasionale:

per condizioni di luogo;
id. di tempo;
id. d'esecuzione;
id. di regime di lavoro.

II. – Lavori a morbilità essenziale e determinante:

(1) G. BRECCIA. *La diminuzione della capacità respiratoria apicale senza esponenti di localizzazione tubercolare*. « Gazz. Intern. di Med. », 1918, e « La Presse Médicale », n. 68, 1918.

(2) G. BRECCIA. *Contributo all'esame funzionale del cuore*. « Rif. Med. », n. 48, 1917.

A) Ad azione generale:

a) di natura fisica:

1) ad azione medica e lenta = malattie;

2) ad azione rapida ed intensa = infortunî:

— per effetto della temperatura;
— id. pressione;
— id. umidità;
— id. energia radiante;
— id. energia elettrica;
— id. energia cinetica o di movimento;

b) di natura chimica:

1) azione modica e lenta = malattie (tossicosi);

2) azione rapida e intensa = infortunî (avvelenamenti);

c) di natura biologica:

1) a rischio modico non immediato, non impossibile per altre cause = malattie;

2) a rischio grave, immediato, inconsueto = infortunî:

— per effetto di infezioni e intossicazioni biologiche, parassitosi, ecc.

B) Ad azione elettiva locale o sistematizzata sui diversi apparati:

a) di natura fisica, p. e.:

meccanica = pneumoconiosi;

cinetica = calli, contratture, spasmi e paralisi professionali;

da varie energie su organi specifici, p. e. dei sensi:

— per effetto sui diversi sistemi singolarmente;

b) di natura chimica, p. e.:

ad azione cutanea = dermatiti professionali;

ad azione respiratoria = gas tossici e asfittici;

ad azione nevrosa = nevriti tossiche, ecc.:

— per effetto sui diversi sistemi singolarmente;

c) di natura biologica, p. e.: piodermiti, localizzazioni parassitante varie:

— per effetto su diversi sistemi singolarmente.

Ai vari tipi e modi di azioni morbose da lavoro, corrispondono, oltrechè delle vere e conclamate malattie, anche altrettante modalità di azioni minorative — i cui effetti non raggiungano il grado di malattia.

2). *Le grandi endemie sociali* sono fra le prime cause minoratrici di vere e proprie malattie. Per la loro azione minoratrice sull'individuo e sulla razza diremo alcune cose delle tre principali forme: la tubercolosi, la malaria, le malattie venereo-luetiche.

a) Malattie tubercolari:

α) La minorazione consiste nella presenza di focolai anche occulti o latenti, che possono contenere bb. vivi (anche le sclerosi) capaci di determinare la riaccenzione della malattia o anatomicamente o clinicamente superata.

β) Qualunque ulteriore causa minoratrice fra le già dette, deprimendo le difese organiche, ne agevola la riaccensione.

γ) Data la grande frequenza dei portatori sani di focolai tubercolari silenti, l'importanza delle cause minoratrici nella diffusione della tubercolosi attiva raggiunge quasi quella delle cause determinanti e devono essere anche per questo combattute.

δ) Occorre quindi sorvegliare periodicamente i minorati per evitare che si palesino riaccensioni di eventuali focolai tubercolari, che curati per altro precocemente sono guaribili.

ε) Tale sorveglianza scoprendo e limitando i tubercolosi attivi, disseminatori ignorati di contagio, ne permette l'eventuale isolamento e limita la possibilità di fare le nuove infezioni e altri portatori. Questi sono appena i problemi più immediati, che la guerra ha messo in tragica evidenza nei riguardi della tubercolosi.

b) Malaria.

Altro grave problema della guerra e della pace, già studiato nei riguardi della pratica profilassi dai nostri migliori, ma con scarso esito di opere difensive statali. La guerra ha peggiorato le condizioni per la permanenza dei malarici militari in zone anofeliche fino allora immuni e per la nuova creazione di focolari malarici in alta Italia, come ha riferito A. Monti all'Acc. di Med. di Pavia (Boll. 1918. n. 1-2).

La guerra ha rievocato il problema dei « portatori di malaria » (Gosio) facendone vedere la estrema importanza di fronte a qualunhue altro coefficiente di pratica portata:

α) Il parassitismo latente malarico, determinando le riaccensioni recenti (parassitismo malarico latente attivo) e le tardive, dopo anche lunghissimo tempo (parassitismo latente attivabile), ha una grandissima importanza profilattica.

β) Quindi la bonifica umana, di gran lunga più agevole di quella agricola, tellurica, idraulica, ecc., ed ovunque attuabile, è di immediata necessità. I capisaldi di essa sono: quantità sufficienti di chinina e per il tempo sufficiente nei portatori che devono disfarsi del germe e negli immuni *prima* che si espongano al rischio di contrarlo.

γ) La guerra ha poi dimostrato l'importanza della scomparsa dei portatori attivi nelle zone anofeliche e

δ) quella degli artificî di provocazione per svelare il parassitismo latente attivabile. In Austria si sono anche come mezzo provocatore impiegate le iniezioni di siero di cavallo endovenose e

sottocutanee e le sottocutanee di latte (Bauer, *Wien. klin. Wochensch.*, vol. LV); i parassiti con questi mezzi si renderebbero visibili.

Qualunque sia l'artificio per disvelare il plasmodismo latente importa per la profilassi non lasciare malarici infettanti, come guariti. La soppressione della malaria è infatti di tale momento come il rigenerare delle stirpi ch'essa degenera, se non altrimenti con gli arresti dello sviluppo nell'infantilismo malarico (Cardarelli).

c) Malattie venereo-luetiche.

Le malattie venereo-luetiche spesso sono diffuse dai portatori, o di germi venerei non attualmente malati o di fugaci episodi contagiosi della infezione latente luetica. Ciò è pacifico, donde la necessità della guerra al fomite di contagio, il malato. Ma nel caso dei portatori non malati di germi venerei, o di manifestazioni contagiose luetiche fugaci, spesso la ricerca medica è impotente a riconoscerli.

Ne deriva che, oltre la ricerca legale per conto della collettività, s'impone la protezione individuale generica in ogni caso, in cui il contagio «potrebbe esistere». D'altra parte questa protezione individuale, fatta di solerzia privata, sia dell'uomo, sia della donna, coopera con la profilassi pubblica o legale, diminuendo i casi di malattie, eventualmente da rintracciare.

La guerra ha insegnato l'importanza di questa profilassi individuale col confronto dei reparti, in cui erano inculcate ed alacremente diffuse le cautele personali, con quelli in cui non lo erano. Ciò incoraggia a promuovere anche per le malattie sessuali quella coscienza sanitaria popolare preventiva e curativa, che è fatta di consapevolezza e di responsabilità. Anche la coscienza curativa dovrebbe essere promossa ad evitare le cure inadatte improprie e superstiziose così comuni in certi ceti, e le cure insufficienti ed interrotte, diffuse un po' da per tutto, con grave danno dell'individuo e della razza.

***

Questa rapida rivista di alcuni problemi medico-sociali riaffermati dalla guerra non ha certo il pregio della novità; ha bensì la virtù di derivare da costatazione personale; essa non ha altro scopo che di divulgazione, nella speranza che ne seguano alla fine adeguati provvedimenti con la cooperazione di tutti e nell'interesse comune.

Pubblicheremo prossimamente:

E. Fossataro: *Considerazioni sulla sintomatologia delle meningiti.*

E. Mondolfo: *Forme atipiche della febbre tifoide.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell' 8 agosto 1919.

Limphangioma hypertrophicum perivascolare nell'avventizia dell'aorta.

Visentini Arrigo. — In una ragazza di anni 14, morta per lupus naso-faringeo e laringo-tracheale, sulla faccia anteriore del tratto intrapericardico dell'aorta si trovarono due tumoretti della grossezza di una lenticchia, che all'esame istologico apparvero costituiti da capillari linfatici neoformati, sviluppatisi in prevalenza intorno ai vasi sanguigni (*vasa vasorum*) dell'avventizia aortica, così da formare cavità concentricamente disposte. Queste erano tappezzate da cellule endoteliali cubiche e cilindriche e contenevano o linfociti o una sostanza granulosa. L'A. diagnostica queste piccole neoformazioni come linfangiomi ipertrofici molto affini ai linfangioendoteliomi e precisamente alla loro forma perivascolare.

Osservazioni sulla eliminazione del bilinogeno in ammalati affetti da febbre malarica.

Barinetti. — L'autore ha determinato in sei ammalati affetti da febbre malarica le variazioni quantitative del bilinogeno eliminato con le urine e con le feci durante gli accessi febbrili.

Le determinazioni furono fatte mediante osservazioni spettroscopiche.

Durante esperienze, negli stessi ammalati, furono anche determinate le variazioni della resistenza globulare, il numero dei globuli rossi e la quantità di emoglobina del sangue.

L'esame dei risultati delle esperienze ha dimostrato che, ad ogni accesso di febbre malarica, corrispende subito dopo un notevole aumento del bilinogeno emesso con le feci e con le urine.

Alla fine degli accessi l'eliminazione, pur mantenendosi superiore al normale, diminuisce molto di intensità.

Lo studio del sangue dimostra che la eliminazione del bilinogeno è maggiore negli individui nei quali è minore la resistenza globulare.

Alla fine degli accessi, mentre l'emoglobina varia solo di poco e di poco varia il numero dei globuli rossi, la resistenza globulare aumenta in modo sensibile.

L'osservazione dei fenomeni studiati, e le cognizioni che si hanno intorno all'azione del

parassita sul globulo rosso del sangue durante l'accesso malarico, dimostrano che l'aumento nella eliminazione del bilinogeno nei malarici è direttamente legato alla distruzione dei globuli rossi del sangue.

Una origine direttamente ematica del bilinogeno si può senz'altro escludere perchè una tale ipotesi male spiegherebbe il parallelismo riscontrato nella eliminazione del bilinogeno per via urinaria e per via intestinale; non potendosi ammettere nè che il bilinogeno eliminato nell'intestino origini direttamente nel sangue, nè, tanto meno, una origine doppia del bilinogeno.

Un'azione epatica indiretta nella formazione del bilinogeno nei malarici si può ammettere solo come una esagerazione della sua funzione bilirubinogena normale.

L'azione epatica non può esplicarsi, secondo l'autore, nel modo esposto dal Fischler, cioè come una influenza agente sul bilinogeno già formato nell'intestino, e come proprietà del fegato a produrre bilinogeno in condizioni patologiche. Nel primo caso non si potrebbe spiegare il parallelismo esistente tra la eliminazione del bilinogeno intestinale e la urobilinuria, poichè il bilinogeno nelle feci rappresenta la parte del bilinogeno che, formato nell'intestino, si elimina direttamente per questa via.

Una formazione, poi, diretta del bilinogeno nel fegato in condizioni patologiche non è ammissibile per la osservazione già fatta dallo Zoia che l'attitudine del fegato a produrre bilinogeno in condizioni patologiche non ha appoggio in nessun fatto accertato che non ceda alla critica; e che in alcuni casi di grave malattia epatica (cancro) con occlusione del coledoco, non si ha urobilinuria.

L'esame delle esperienze fatte permette di escludere in modo assoluto una origine nel rene del bilinogeno. La teoria nefrogena non spiega in nessun modo l'aumento del bilinogeno nelle feci.

Sopra un caso di setticoemia meningococcica con esantema petecchiale.

E. VERATTI. — L'A. descrive il caso di un soldato proveniente da zona infetta da tifo esantematico che, dopo pochi giorni dall'arrivo in famiglia per una licenza, ammalò improvvisamente con febbre alta preceduta da brivido, e dopo alcuni giorni presentò un esantema con tutti i caratteri di quello proprio del tifo petecchiale.

La reazione di Weil-Felix risultò negativa, così pure le prove di agglutinazione col tifo, paratifo A e B, e l'emocultura in brodo e bile; invece in due riprese successive dal sangue seminato in grande quantità in brodo fu possibile isolare un germe presentante tutti i caratteri morfologici e culturali del meningococco di Weichselbaum ed agglutinabile fino al tasso limite da un siero contro la varietà B del meningococco (parameningococco di Dopter) dell'Istituto Pasteur di Parigi.

La malattia si protrasse a lungo, la febbre persistette quasi un mese dopo la scomparsa dell'esantema, nella fase avanzata comparvero segni di localizzazione meningea (rigidità, iperestesia); dal liquido cefalo-rachidiano che appariva leggermente torbido non fu possibile però isolare il meningococco nè alcun altro germe.

L'A. rileva l'importanza che ebbe in questo caso la prova negativa di Weil-Felix per la diagnosi.

Alterazioni placentari consecutive a fatti infiammatorii degli organi genitali.

C. VERCESI. — L'A. riferisce sopra alcune profonde alterazioni (infarti, focolai emorragici recenti ed antichi, ecc.) osservate in una placenta espulsa in un parto prematuro con feto vivo di circa sette mesi. La gravida non aveva precedenti morbosi generali degni di nota: Wassermann negativa, funzione renale normale, normali gli apparati respiratorio, circolatorio e digerente: presentava invece a carico dell'apparato genitale segni evidenti di una pregressa peritonite pelvica, insorta in puerperio, cinque anni prima.

In base al reperto microscopico della placenta e ai rilievi clinici accennati, l'A. mette in rapporto le lesioni placentari con le alterate condizioni nutritizie della parete uterina consecutive ai fatti infiammatorii dell'intero apparato genitale. A. G.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi precoce della tubercolosi pulmonare.

A. Minning (*New York Medical Journal*, 1919, 16 ag.) nota che nei casi sospetti di tubercolosi pulmonare conviene che il medico raccolga accuratamente l'anamnesi familiare e quella del soggetto dal giorno della nascita fino al momento della visita. Sono sopra tutto sospette le emorragie, le fistole, le febbri tifoidi atipiche, la malaria, la bronco-pulmonite, la bronchite, la influenza, i raffreddori frequenti: praticamente le emottisi e le pleuriti sono sempre dati di quasi certezza per la tubercolosi. Dopo di che bisogna

insistere nell'accertare la esistenza dei seguenti sintomi: tosse, espettorazione, sputi striati di sangue, anoressia, tachicardia dopo gli sforzi leggeri, bassa pressione sanguigna, depressione nel pomeriggio, dolori localizzati al torace.

La *tosse* può mancare nella tubercolosi incipiente, ma può costituirne il primo sintomo. La tosse tubercolare di solito non cede ai rimedî comuni. Una tosse anche leggera ma persistente e che non si riesce a spiegare in capo a due o tre settimane è sospetta, quando poi è accompagnata da espettorato è quasi certamente tubercolare.

Lo *sputo* non ha macroscopicamente segni caratteristici. Occorre l'esame microscopico, e quando questo sia negativo è prudente inoculare qualche cavia.

La *febbre* è il sintomo più significativo. Essa deve essere misurata ogni due ore per quattordici ore al giorno per due settimane. I pasti, le emozioni, i bagni, lo scrivere, il leggere, i movimenti, la mestruazione, ed anche l'esame medico spesso provocano nei tubercolosi accensioni febbrili.

I *sudori notturni* sono probabilmente dovuti all'assorbimento di proteine dei bacilli tubercolari. Sono più abbondanti tra le due e le quattro della notte.

La frequenza dell'*emottisi* varia molto; secondo vari autori essa andrebbe dal 24 all'80 % dei casi. Può essere provocata da varii medicamenti: aspirina, arsenico, creosoto, ioduri, tubercolina, vaccini. È ben noto che le variazioni atmosferiche possono provocare emottisi. Comunque non bisogna dimenticare che questo disturbo si può avere anche in altre affezioni, come ad es. nella stenosi mitralica.

I disturbi *gastro-intestinali* sono tra i più comuni sintomi della tubercolosi pulmonare iniziale. A differenza di quel che avviene in altre affezioni la febbre non disturba l'appetito. La causa dell'anoressia è probabilmente di origine tossica.

Il deperimento è sempre un sintomo cardinale. La diminuzione del peso del corpo è in rapporto diretto col progresso della malattia. Solo eccezionalmente manca la consunzione.

I sintomi *cardio-vascolari* più importanti sono la palpitazione, la tachicardia e l'ipotensione. Ordinariamente nel sangue c'è linfocitosi.

I sintomi *nervosi* sono ordinariamente presenti anche all'inizio della malattia. Accade che molti pazienti siano considerati nevrastenici prima che sia fatta la diagnosi di tubercolosi. Di solito non si hanno dolori, ma qualche volta si possono avere dolenzie in varie parti del torace. I tubercolotici hanno una vita emotiva particolare, sono ottimisti, egoisti, egocentrici. Si hanno disturbi mestruali, eccitabilità ed eccessi sessuali, probabilmente di origine tossica.

In ogni modo tali sintomi hanno un valore solo relativo fino a quando la diagnosi di tubercolosi non può essere convalidata dall'esame fisico del torace, dall'esame microscopico e biologico degli sputi o dall'esame radioscopico, tenendo sempre presente che con quest'ultimo non si può fare distinzione tra tubercolosi guarita, latente o attiva.

dr.

Gli adeno-flemmoni dell'ilo polmonare.

Con tale nome G. Jean (*La Presse Médicale*, n. 33) designa, per analogia con quanto avviene in altre regioni, le affezioni delle ghiandole dell'ilo polmonare nelle quali clinicamente sia oltrepassato lo stadio suppurativo. È secondo lo Jean un affezione rara potendosene constatare un caso sopra 1000 casi d'influenza e quindi poco conosciuta. L'infezione avviene per mezzo dei vasi afferenti: una volta è stata constatata essere avvenuta per mezzo degli efferenti.

Anatomia patologica. — Nell'unica autopsia eseguita il pus aveva oltrepassata la parete gangliare e creato un vasto ascesso dell'ilo, aperto in un bronco.

Sintomi. — Alcuni sono dovuti alla presenza del tumore adeno-flemmonoso; altri alla compressione del peduncolo ilare. All'inizio riscontransi vaghi segni funzionali, tosse secca, dispnea più o meno intensa, dolori toracici.

Alla percussione, solo se l'ascesso è posteriore, può trovarsi una certa sub-ottusità nello spazio omo-vertebrale fra la 5ª-8ª costa. All'ascoltazione talora un soffio bronchiale lontano dovuto alla compressione del bronco, con una zona più o meno estesa, ma piccola, di rantoli umidi. Alla base quasi sempre riscontransi rantoli sottocrepitanti. Sintomo quasi costante è la broncofonia nello spazio omo-vertebrale al disotto della 5ª costa con risonanza normale al disopra e al disotto di questa zona. Esiste, s'intende, febbre e polinucleosi.

Preceduto poi da un peggioramento dei sintomi in seguito a violenta tosse o dispnea l'ascesso s'apre nei bronchi con vomica di pus in genere fetido, spesso con sangue. In questo stadio l'A. ha riscontrato una volta segni cavernosi netti all'ascoltazione. Infine avviene con vomiche successive in alcune settimane la guarigione. In un caso l'ascesso si aprì in uno spazio interlobare.

Allo schermo radioscopico gli adeno-flemmoni ilari si manifestano come masse opache, di densità ineguale, del volume spesso di un'arancia,

ben risaltanti nel campo chiaro polmonare verso il mediastino nella regione dell'ilo.

Diagnosi difficile senza la radioscopia. Clinicamente dovranno escludersi le mediastiniti, le adeniti tracheo-bronchiali acute o subacute che dànno luogo a singhiozzo, bradipnea, voce rauca, ecc., Avvenuta la vomica occorre differenziarlo dalla pleurite purulenta totale, dalla gangrena polmonare, dagli ascessi polmonari periferici, dagli ascessi migranti del fegato, dalle bronchiettasie e specialmente con l'interlobite suppurata. La diagnosi differenziale è poi difficile, quasi impossibile con le pleuriti saccate dell'ilo.

Evoluzione - Prognosi. — Può avvenire la guarigione spontanea per svuotamento nei bronchi. Complicazioni probabili possono essere la mediastinite acuta, la pericardite, per migrazione del pus od infezione delle vicinanze. Mortalità bassa: l'A. osservò un solo decesso su 4 casi.

Cura. — L'A. mette in guardia contro il trattamento chirurgico. Consiglia il pneumotorace Forlanini in ascessi voluminosi.

Salvo i casi d'interlobite suppurata, in cui l'intervento è necessario, la cura consigliabile è la medicamentosa con l'istillazione, sia con l'apposita siringa, sia col broncoscopio, intratracheale di olio.

MONTELEONE.

Diagnosi differenziale fra tubercolosi iniziale ed ipertiroidismo.

N. C. Nicholson e E. Goetsch (*Canadian med. Assoc.* e *New York med. Journ.* 26 luglio 1919) affermano che all'ipertiroidismo vanno attribuiti i sintomi generali che di solito si ritengono invece dovuti alla tubercolosi, quando l'esistenza di questa è clinicamente incerta, oppure quando la lesione tubercolare è insufficiente per spiegare la gravità dei sintomi.

Gli AA. dividono i pazienti in tre categorie: *a*) con tubercolosi franca; *b*) con ipertiroidismo complicante la tubercolosi; *c*) con solo ipertiroidismo. I pazienti di tutt'e tre le categorie hanno come sintomi comuni la stanchezza, l'astenia, la perdita di peso e di forza, l'aumento di frequenza del polso, nervosismo e possibilità di aumenti di temperatura.

Si possono però differenziare i tre tipi, per mezzo della prova con l'adrenalina, in quanto che la ipersensibilità costituzionale a questa sostanza indica una funzione eccessiva della tiroide.

Dalle osservazioni degli AA. risulta che in 18 casi in cui la diagnosi clinica di tubercolosi era incerta, si sono avuti 10 risultati positivi alla adrenalina ed 8 negativi; in 17 casi di tubercolosi clinicamente inattiva, vi sono stati 9 positivi e 8 negativi; mentre tutti i sei casi di tubercolosi clinicamente attiva hanno dato risultati negativi.

fil.

Disturbi nervosi consecutivi ad interventi sulla pleura.

Arnat e Bertier (*Journ. de méd. et chir. prat.* 10 aprile 1919) fanno rilevare che qualsiasi intervento sulla pleura, anche il più semplice, come la puntura esplorativa, può provocare disturbi nervosi anche gravi, che possono essere i seguenti.

Forme sincopali. Inizio brusco, *facies* estremamente livida, morte immediata, talora preceduta da un accenno di convulsioni.

Forme convulsive. Talvolta si iniziano con un dolore al fianco o alla spalla e con grido, analogamente all'attacco epilettico: seguono poi le convulsioni toniche e cloniche.

La crisi può ripetersi qualche giorno dopo anche spontaneamente, e lasciare sequele sensoriali, intellettuali, sensitive, vaso-motrici. La mortalità può raggiungere il 70 %.

Forme emiplegiche o paretiche. Precedute o non da convulsioni; si osserva che l'emiplegia è persistente, mentre all'autopsia non si trovano lesioni cerebrali.

Tutti questi disturbi si osservano in seguito a toracentesi, a punture esplorative, oppure, il più spesso, nell'operazione dell'empiema, nel pneumotorace artificiale e sopratutto nella lavatura della pleura: in ragione anzi della frequenza in quest'ultimo caso, si dovrebbe abbandonare tale procedimento.

Fra le diverse teorie invocate (tossica, deplezione brusca, uremica, embolia ed anemia cerebrale, riflessa), l'ultima è la sola che possa spiegare tutti i casi.

Ne viene di conseguenza che il miglior modo di prevenire tali disturbi consiste nell'iniezione preventiva di 1-2 cg. di morfina.

fil.

Il trattamento medico delle pleuriti purulente.

P. Emile Weil e Loiseleur (*Bull. soc. méd des hôpitaux* 2 maggio 1919) hanno escogitato un metodo di cura delle pleuriti purulente, che ha dato loro buoni risultati in questa frequente complicazione dell'influenza. Fatta la diagnosi il più precocemente possibile, per mezzo della radioscopia e delle punture esplorative, gli AA. estraevano il liquido, iniettando poi aria nella cavità pleurale: in tal modo la pressione così rea-

lizzata permetteva l'evacuazione del pus fino all'ultima goccia. Iniettavano poi nella pleura 2 cmc. di soluzione di blu di metilene a 1/20, sorvegliando giornalmente l'ammalato con la radioscopia. Tali iniezioni si ripetevano due volte la settimana.

In tal modo su 13 ammalati, solo 7 dovettero essere operati tardivamente; guarirono tutti salvo uno, inviato all'ospedale in stato disperato. Sono stati operati i casi in cui il liquido si riproduceva con rapidità e con persistenza; invece il trattamento medico è stato continuato, quando gli AA. notavano che il pus si riproduceva lentamente e diminuiva da una puntura all'altra, e quando lo stato generale migliorava rapidamente.

In complesso questo metodo offre notevoli vantaggi, in quanto che spesso evita l'operazione e, ad ogni modo non è affatto di danno al malato, che viene affidato al chirurgo, in caso di insuccesso. I risultati potranno essere migliori quando si potrà disporre di un mezzo sterilizzante più attivo che il blu di metilene e non nocivo ai tessuti.

fil.

Il trattamento delle tubercolosi esterne.

La parte più importante del trattamento consiste nella cura generale elio-marina.

Ai bagni di sole non vi sono altre controindicazioni che le infezioni generalizzate e le tubercolosi viscerali molto congestive.

La cura solare però va sorvegliata, specialmente, al principio, tenendo per guida particolarmente la reazione termica (non vi devono essere grandi oscillazioni) e lo stato subbiettivo (non vi deve essere senso di fatica).

La durata delle sedute d'elioterapia deve progredire lentamente. Al primo giorno, tre esposizioni di 5' sulle gambe; al secondo, tre di 10' sulle gambe e coscie; al terzo, tre di 15' su gambe, coscie e braccia; al quarto, tre di 15' su gambe, coscie, braccia, torace. Poi si aumentano 5' ogni seduta, sempre sorvegliando il malato. Si arriverà poi a fare due sedute. abbastanza prolungate, al mattino ed alla sera, sempre rispettando il periodo digestivo e proteggendo bene la testa.

All'elioterapia si associano i bagni di mare, dapprima molto corti (3') ma non mai prolungati oltre 7'-8'.

A. Chenut (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 maggio 1919), consiglia di interromperli solo per la eventuale presenza di raffreddori, di iniziarli in maggio, protraendoli fino in dicembre. Gli adulti, spesso risentono stanchezza per i bagni di mare, sui quali, quindi, in tal caso non si insisterà.

Come trattamento interno, l'A. ha trovato grandi vantaggi con l'uso della tintura di jodio (per gli adulti 30 goccie al giorno in 2 volte al momento dei pasti; aumentare di 3 goccie al giorno fino a totali goccie 150). Qualche rara volta può osservarsi intolleranza gastrica, che cessa, con la sospensione del rimedio.

Trattamento locale. — L'ascesso freddo va sorvegliato e punto regolarmente ogni otto giorni; eventualmente, dopo un paio di punture, si inietta del liquido di Calot, oppure, se il liquido ha notevole tendenza a riprodursi, si stabilisce un drenaggio filiforme.

Buoni risultati ha ottenuto l'A. con applicazioni locali sui gangli, di acqua di mare concentrata per evaporazione (5 litri a 2); specialmente la periadenite viene rapidamente ridotta.

Si fanno tali applicazioni, calde, per 30' quattro volte al giorno.

Per le osteiti fistolizzate, l'A. consiglia le iniezioni modificanti, con liquido o pasta di Calot, ovvero con liquore di Villatte (1).

I sequestri mobili sono rapidamente eliminati con la cura solare; quando invece non possono uscire dalla cavità e mantengono la suppurazione, bisogna intervenire chirurgicamente.

Nelle osteoartriti, in cui è necessaria la immobilizzazione, si fenestra largamente l'apparecchio, in modo che la parte ammalata possa fruire della azione del sole; in seguito, calmatosi il periodo acuto, si applica un apparecchio bivalve, oppure l'estensione continua.

Quanto ai tumori bianchi guariti, non bisogna aver premura di mobilizzarli; l'elioterapia impedisce l'anchilosi, mentre lo stesso ammalato procede alla mobilizzazione, spontaneamente, arrivando ad un risultato funzionale superiore a quello che si potrebbe ottenere artificialmente.

Per aiutare l'ammalato, si potrà sospendere un sacco di sabbia all'estremità della porzione dell'arto ammalato.

fil.

(1) La formola del liquore di Villate è la seguente: sottoacetato di piombo liquido gr. 30; solfato di rame; solfato di zinco ana gr. 15; aceto bianco gr. 200.

(*N. del redattore*)

Con una insufficiente funzione del timo, si possono mettere in rapporto molti fenomeni infettivi o post-infettivi, quali le alterazioni trofiche della cute e dei suoi annessi, il dimagrimento, la cachessia, l'amiotrofia, l'adinamia cardiaca, le modificazioni della crasi sanguigna, i disturbi del ricambio del calcio nei tubercolosi, alcuni fenomeni di irritazione motrice, probabilmente dipendenti dalle stesse modificazioni del ricambio del calcio, l'apatia, l'ottundimento del sensorio, tutti fenomeni che fanno parte della sindrome timopriva.

(BARBÀRA. *Fisiopatologia della tiroide e del timo nelle infezioni*).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1062) *Decotto di Zittmann.* — Al dott. F. C.

Secondo la vecchia farmacopea austriaca il decotto di Z., forte, si preparava nel seguente modo. — Rad. di salsapariglia, oncie 12; fa infuso in acqua (misure 24) facendo digerire per 24 ore. Aggiungi poi in un sacchetto di tela: allume e zucchero ana oncie 1 1/2: calomelano levigato oncie 1/2: cinabro preparato dramme una; fa bollire il tutto fino a che rimangano misure 8. Verso la fine della bollitura, aggiungi: semi contusi di anici e di finocchi, ana oncie 1/2: foglie di senna oncie 3; radice di liquirizia oncie 1 1/2. Cola, esprimi e decanta. Il decotto di Z. debole o mite è pure a base di salsapariglia, più diluito, con corteccia di limone, cannella, cardamomo.

La formola della farmacopea austriaca moderna è invece la seguente: radice di salsapariglia g. 20; acqua q. b.; allume, zucchero ana g. 1: fa bollire un'ora e verso la fine della bollitura agg.: frutti di anice, frutti di finocchio ana g. 2.50; foglie di senna g. 5; rad. di liquirizia g. 2.50. Cola, spremi e porta al volume di cmc. 500.

Il decotto di Zittmann, appartiene ai così detti *depurativi,* di cui il più usato è quello del Pollini.

Agli ebulliometri si è accennato nel n. 33 (17 agosto del corrente anno, pubblicato il 25 settembre, pag. 1002).

FILIPPINI.

(1063) *Perfezionamento in odontoiatria.* — Agli abb. nn. 3174 e 10448:

Il prof. Chiavaro tiene il suo corso regolare di Odontoiatria per gli studenti di V e VI anno di Medicina al Policlinico Umberto I in Roma.

Attualmente l'unica scuola in Italia di perfezionamento in Odontoiatria per laureati in med. e chir. trovasi a Milano presso l'Istituto Stomatologico Italiano (annesso agli Istituti Clinici di perfezionamento). Ne è direttore il prof. G. Fasoli, via Malpighi, 4. Per quest'anno le iscrizioni al Corso sono chiuse e d'altronde ci consta che si sta provvedendo all'ingrandimento dell'Istituto per poter far fronte, nel futuro, alle numerose richieste per parte dei medici.

Ottime scuole in Europa sono a Zurigo, a Ginevra (École Dentaire), a Parigi (École pratique de Stomatologie, 13 rue Rambureaux, Paris, IV) École Dentaire — 45, Rue de La Tour d'Auvergne, Paris), a Londra (Royal Dental hospital of London, Leicester Square, W. C. Q).

Per i laureati in medicina che vogliono esercitare l'Odontoiatria in Italia non è finora necessario uno speciale diploma di perfezionamento.

A. PIPERNO.

(1064) *Manuali di malattie della bocca e dei denti* con speciale trattazione della cura di questi: — Al dott. G. B. da Sebenico:

Preiswerk: Odontoiatria conservativa (trad. Fasoli). Società Editrice Libraria, Milano.

Preiswerk – Maggi: Chirurgia odonto-stomatologica (trad. Marin). Idem.

Platschick: Primo trattato Italiano di Odontotecnica. Tipogr. editrice Cogliati, Corso Porta Romana, 47, Milano.

Gaillard – Nogué: Traité de Stomatologie, Vol. IV, Dentisterie Opératoire. Libreria Baillière et fils, Paris, 19 Rue Hautefeuille.

Friteau: Dentisterie opératoire. Ed. Doin., 8 Place de l'Odéon, Paris. (In vendita presso il giornale *L'Odontologie,* 45 Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris).

Numerosi testi inglesi ed americani dei quali il *Iohnson* ed il *Kirk* tradotti in francese, reperibili presso gli uffici del giornale *L'Odontologie.*

A. PIPERNO.

(1065) Al dott. C. T. abb. 2979.

Ritengo le macchie del genere cui ella accenna non si possano togliere, poichè sono espressione di una vera mortificazione cellulare, e che scompaiano solo con la caduta delle cellule lese.

r. s.

VARIA.

Lo Stato integratore delle deficienze della famiglia in rapporto all'infanzia abbandonata. — Il problema dell'infanzia abbandonata è interessantissimo, sia dal punto di vista etico civile, che da quello sociale, coinvolgendo esso gli interessi dei Comuni, delle Provincie, delle Opere pie, come anche dello Stato (Prof. F. LA TORRE. *La Clinica ostetrica,* 1919, fasc. 6, 7, 8). Tale problema deve essere oggetto di uno studio accurato, perchè cessi la piaga turpe dei *figli di nessuno.*

Urge che la questione venga ampiamente discussa e risolta il meglio possibile, poichè non si tratta solo di rimediare al problema economico e civile dei trovatelli, ma principalmente dell'avvenire della nostra razza.

Mentre i legislatori elaboreranno i progetti di legge e li discuteranno, opera forse di decenni, è necessario compiere qualche cosa in aiuto dell'infanzia abbandonata, ciò che si può anche ottenere con poche riforme e con qualche sanzione di legge, che garantendo l'esistenza e gli interessi della prole abbandonata, provvedano all'incremento della famiglia e quindi al benessere sociale. Tali disposizioni riguardano soprattutto: 1) la ricerca della paternità; 2) la ricerca della maternità degli illegittimi; 3) le radicali riforme dei brefotrofi.

Difficile ed incerta è la ricerca della paternità, a cui però si dovrebbe addivenire sia per l'influenza morale, ed in certo modo inibitrice, che può esercitare, sia per addossare al padre una parte della spesa di allevamento e di istruzione.

Più agevole è la ricerca della maternità, che dovrebbe senz'altro stabilirsi per la prole illegittima affidata ai brefotrofi, sanzionando l'obbligo dell'allattamento materno ed il diritto della madre ad un congruo sussidio.

Quanto ai brefotrofi, che spesso, particolarmente nel passato, rappresentavano una vera ecatombe dei poveri bambini loro affidati, si dovrebbe limitarvi l'ammissione ai soli casi previsti dal Codice penale (infanzia abbandonata), trasformando poi tale istituti in veri pedocomi.

Queste riforme debbono essere integrate da larghe provvidenze medico-sociali, specialmente per quanto riguarda la tutela della maternità, la igiene prenatale, l'eugenica, la diffusione delle cognizioni di igiene nelle classi sociali, la politica alimentare, ecc.

Con tale complesso di previdenze e provvidenze, che riguardino non solo l'infante, ma altresì i genitori, si compirà un'opera altamente sociale, conservando alla razza numerosi rampolli robusti, che hanno diritto alla gioia della vita.

l. b.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

L. W. HARRISON. — *The diagnosis and treatment of venereal diseases in general practice.* II edizione. Un vol. rilegato in-8° di circa 500 pag. con numerose illustrazioni e tavole a colori. H. Frowde, Hodder e Stoughton edd. Londra. Prezzo scellini 25.

Bisogna riconoscere che nonostante il diffondersi degli specialisti, le malattie veneree vengono curate il più delle volte dal medico generale, che, di solito, ha anche la possibilità di poter sorprendere le lesioni nella fase iniziale. È dunque necessario diffondere largamente fra i pratici le nozioni necessarie per saper riconoscere la malattia, anche se il suo aspetto proteiforme può trarre in inganno.

Ottimamente risponde a questo scopo il libro dell'autore; descrizioni chiare, disposte con metodo ordinato, tavole colorate nitide e veritiere, consigli terapeutici veramente pratici.

Nella prima parte l'A. tratta la diagnosi delle forme gonococciche, sifilitiche, veneree, descrivendo accuratamente le lesioni che si possono trovare nelle diverse parti del corpo, e insistendo sulla diagnosi differenziale con altre forme. Diversi capitoli sono dedicati ai metodi di laboratorio per l'accertamento della diagnosi. Segue poi lo studio del trattamento, dove la scelta dei metodi ed i particolari di tecnica sono accuratamente descritti.

r. s.

C. H. BROWNING e D. WATSON. *Venereal diseases.* Un vol. in-16, di 322 pag. con fig. e tavole colorate, rilegato. Frowde, Hodder e Stoughton ed. Londra. Prezzo scellini 16.

Buon manuale che dà nozioni chiare e precise sull'importante argomento, trattato dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Il lavoro è condotto con sano equilibrio fra l'osservazione clinica ed i metodi di laboratorio, e fornisce al pratico una buona guida nelle diagnosi e nel trattamento delle malattie veneree, dalle quali (non si riesce a comprenderne la ragione) gli AA. hanno esclusa l'ulcera molle. Belle e ben riuscite le tavole colorate: utile la descrizione delle invasioni extragenitali del gonococco, che spesso i venereologi non mettono abbastanza in evidenza.

r. s.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BILANCIONI GUGLIELMO: Ferita della lingua da scheggia di granata con interessamento del simpatico cervicale sinistro. — Roma, 1918.

MILITANO LORENZO: Batteriologia di guerra. Appunti. — Bari, 1918.

ROSSI ARMANDO: Sciatiche di origine scheletrica da anomalia vertebrale e la sindrome del Bertolotti. — Bologna, 1918.

SAMAJA NINO: Pressione arteriale destra e pressione arteriale sinistra nell'uomo normale. — Bologna, 1919.

FANTOZZI GIUSEPPE: Dei trapianti cartilaginei e della condroplastica per lesioni di guerra. — Firenze, 1919.

FOCHERINI ATTILIO: I soccorsi ai militari feriti in guerra presso i popoli primitivi dell'India. — Modena, 1918.

SPADAVECCHIA LEONARDO: L'epidemia d'influenza del 1918 nelle Puglie. — Milano, 1919.

POPPI ALFONSO: Stenosi esofagea da diaframma di shrapnell penetrato nel mediastino posteriore. — Bologna, 1918.

RANELLETTI ARISTIDE: Le condizioni igienico-sanitarie dell'industria tipografica in Roma. — Roma, 1919.

GRAZZI VITTORIO: Sulla laringite tubercolare. — Napoli, 1918.

GARBINI GUIDO: Un caso di spasmo funzionale totale della lingua. — Perugia, 1919.

VIVALDI MICHELANGELO: 121 Casi di meningite cerebro-spinale epidemica. — Milano, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale Ufficiali Sanitari Liberi esercenti.

Il presidente dott. Arturo Grassi comunica:

Fra gli altri problemi di classe questa Associazione si sta occupando degli U. S. che non possono ottenere finora la nomina definitiva, perchè al 31 dicembre 1911 non avevano compiuto un triennio di servizio.

Per esplicare un'azione più proficua e per precisare con la maggiore esattezza quanti sono i colleghi, che si trovano in tale precaria condizione, ho bisogno che in ogni Provincia qualche collega di *buona volontà* si rechi presso l'ufficio del Medico Provinciale ed assuma le più precise informazioni al riguardo, tenendomene sollecitamente informato.

Sono già state all'uopo diramate circolari da me a gran parte dei delegati provinciali là dove la Sezione provinciale degli U. S. è già costituita, sia a colleghi solerti e fattivi dove non si è ancora costituita la Sezione provinciale, e spero aver sollecite notizie.

Oltre a ciò ho pregato l'Ordine dei Medici di Napoli, di cui faccio parte, a diramare circolari ai presidenti degli Ordini per avere anche per tale tramite notizie sollecite e precise.

Faccio poi vivo appello a tutti gli U. S. L. E. a costituire sollecitamente le Sezioni provinciali dove non ancora si è provveduto, allo scopo di reclutare tutto il personale e conoscere meglio il numero e le persone che compongono la nostra derelitta classe.

Con la costituzione delle Sezioni provinciali, come da una circolare in data settembre u. s., ciascuna Sezione potrà meglio far premure presso i Prefetti perchè mettano in esecuzione la circolare del 5 settembre u. s., da me provocata a Roma, circa l'abolizione delle condotte piene per i M. C. e l'immediato miglioramento economico di tutti i *contratti d'impiego* per gli U. S. e M. C.

Si nomini il Delegato in ogni Provincia, come si è fatto in molte, e si mettano in diretta comunicazione con l'Associazione Nazionale. Sarà bene per tutti.

Il presidente: Dott. ARTURO GRASSI.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per la provincia sotto indicata:

Reggio Emilia. — Dallamano Giuseppe, presidente; Baiocchi Giuseppe, segretario; Finzi Mario, tesoriere; Benassi Giorgio, Casotti Pietro, Ramusani Francesco, Sozzi Luigi, consiglieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8032) *Aumento di stipendio.* — Dott. abbonato 756. — Ella ha ben calcolati gli aumenti che Le competono per lo stipendio e per il caro-viveri. L'aumento di stipendio recentemente deliberato dal Consiglio Comunale deve essere calcolato sullo stipendio originario non aumentato dal caro-viveri, perchè tale indennità è assolutamente precaria e non cumulabile con lo stipendio. Se nel bilancio fu prevista una somma minore di quella che per i conseguiti aumenti Le è effettivamente dovuta, si deve provvedere con analogo storno da altro capitolo del bilancio, che presenti disponibilità di fondi. Non è il caso di chiamare in giudizio il Comune per un fatto di amministrazione che non vulnera alcun suo diritto.

(8033) *Visita necroscopica.* — Dott. G. B. da O. L'ufficiale sanitario non ha alcun obbligo di eseguire le visite necroscopiche nè per i decessi avvenuti in campagna senza assitenza medica nè per quelli che avvengono in città. Secondo il vigente regolamento sanitaro è il medico condotto obbligato ad eseguire tale servizio, senza alcun speciale compenso.

(8034) *Medici di Opere Pie — Stabilità.* — Dottor C. M. da C. I medici delle Opere Pie non acquistano mai la stabilità legale perchè questa dall'articolo 31 della vigente legge sanitaria è unicamente riservata ai medici condotti comunali. Se, però, Ella fa servizio di condotta, in vece e luogo del Comune, e fu nominata dalla Pia Amministrazione in seguito a concorso, acquista dopo due anni di prova egualmente il diritto alla stabilità. Fuori di questa ipotesi, i medici a servizio delle Istituzioni di beneficenza acquistano quella eventuale stabilità contrattuale che può loro derivare dal capitolato o dall'atto di nomina.

(8035) *Aumento sessennale.* — Dott. E. D. M. da P. Il primo aumento sessennale Le dovrà essere corrisposto dopo sei anni dalla nomina, calcolandosi come periodo utile quello passato sotto le armi, durante il quale non si è interrotto o sospeso il rapporto di impiego, iniziatosi a seguito della nomina, ottenuta dopo il concorso.

(8036) *Lista dei poveri — Stipendio — Indennità cavalcatura — Caro-viveri.* — Dott. A. P.

da S. di C. L'elenco dei poveri deve essere ogni anno deliberato dalla Giusta Municipale, sentito il medico condotto, giusta quanto dispone l'articolo 17 del regolamento sanitario. Dal che si deduce che l'avviso del medico condotto è di indole consultiva e non deliberativa Appena redatto l'elenco deve essere comunicato al medico condotto e non notificato, e per ciò non vi è termine tassativamente imposto dalla legge.

Il medico condotto non ha il diritto di reclamare contro la formazione dello elenco dei poveri. Però se l'onere che gli si accolla è superiore al compenso che gli si corrisponde, può richiedere un aumento di ufficio, dello stipendio, avanzando analoga domanda alla Giunta Provinciale Amministrativa, ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria. Se dalle autorità superiori fosse cancellato eventualmente qualche nome dalla lista dei poveri, il medico condotto può chiedere compenso per le prestazioni professionali future e non per quelle eventualmente fatte per il passato durante il quale l'inscritto avea uno stato di fatto e di diritto, che non può essere disconosciuto. Al medico condotto compete l'indennità caro-viveri in lire 65 mensili, se scapolo, e di lire 100 se ammogliato, dal 1° gennaio 1919 in base al D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338.

L'aumento del 30 % sullo stipendio deve essere, in caso di oscitanza del Comune, chiesto alla G. P. A. a' sensi della circolare del Ministero dell'Interno del 10 ottobre ultimo, n. 20400.

Per ottenere l'indennità di cavalcatura sarà parimenti necessario rivolgersi alla predetta G. P. A.

(8037) *Divieto ai medici condotti di abbandonare la residenza.* — Dott. A. C. da M. del T. Non risulta che durante la guerra sia stato fatto obbligo ai medici condotti di non abbandonare la propria residenza e di non poter rassegnare le proprie dimissioni fino a sei mesi dopo la pubblicazione della pace.

(8038) *Aspettativa per infermità.* — Dott. O. M. da P. S. G. L'articolo 29 del regolamento generale sanitario prevede il congedo per infermità e non l'aspettativa, che è regolata da regolamenti locali. Sicchè se nel regolamento comunale è detto che durante l'aspettativa per ragione di salute si deve corrispondere al sanitario tutto o parte dello stipendio, ha diritto a chiederlo, in difetto delle autorità competenti, anche con regolare giudizio.

(8039) *Certificati medici a socii di Società operaie.* — Dott. N. G. da S. Se i socii della Società figurano inscritti nello elenco dei poveri, hanno diritto a chiedere e ad ottenere il rilascio gratuito dei certificati, di cui han bisogno. Nel caso che non sono inscritti nello elenco debbono pagare secondo le consuetudini locali.

(8040) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. B. da C. Se il Consiglio Comunale nello elevare lo stipendio del medico condotto da annue lire 2500 a lire 6000, ha inteso incorporare in esso anche l aumento del 30% precedentemente concesso, non è il caso di esaminare su quale stipendio tale aumento si deve calcolare se, cioè, sull'iniziale o sullo accresciuto. Se però ha inteso mantenere integro e separato l'aumento precedentemente concesso, è naturale che esso si debba basare sul nuovo stipendio di lire 6000 e non sull'antico di lire 2500.

(8041) *Servizio sanitario.* — Dott. L. P. da P. di A. Non occorre che passino sei mesi dalla assunta residenza in un Comune per aver diritto qualsiasi famiglia alla assistenza sanitaria a cura piena.

(8042) *Libretto di lavoro.* — Dott. M. B. da O. Il libretto di lavoro deve essere rilasciato dallo ufficiale sanitario del Comune ove esiste la fabbrica presso cui il minorenne intende inscriversi per l'esercizio del proprio mestiere.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

PARIGI. — L'Accademia di Medicina he eletto membro nazionale il prof. Vaquez di Parigi con 45 voti su 54 e membro straniero il prof. Banti di Firenze con 50 voti su 54.

HEIDELBERG. — Il prof. H. Sachs, ora a Francoforte s. M., è stato chiamato a dirigere la Sezione scientifica dell'Istituto per le ricerche sperimentali sul cancro.

VIENNA. — Essendosi ritirato a vita privata il ch. prof. Obersteiner, la Direzione dell'Istituto Centrale Interaccademico Viennese per gli studi sul cervello è stata data al ch. prof. Marburg, notissimo per i suoi lavori sul sistema centrale nervoso.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico chirurgo provetto, 26 anni di pratica, ufficiale medico della riserva, cerca posto presso Sanatorio tubercolosi — o altri Istituti sanitari (capace direzione medica e amministrativa) — in Roma, Napoli o altre città dell'Italia centrale e meridionale compresa Sicilia; o direzione condotta medica grande paese o città possibilmente marittima. Rivolgere offerte Libretto di riconoscimento postale n. 04,173, Furci Siculo (prov. di Messina).

Medico chirurgo con quattro anni di pratica professionale cerca buon interinato in provincia di Roma. Scrivere: dott. B. Bagedda, via Celimontana 22, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

L'inaugurazione dell'Anno Accademico all'Università di Roma.

Si è compiuta solennemente il 24 corr., presenti il Ministro della Pubblica Istruzione, onorevole Alfredo Baccelli, il Presidente del Senato, on. Bonasi, il Prefetto, comm. Zoccoletti, il Sindaco, sen. Apolloni, l'on. Salandra e altre autorità.

Il Rettore saluta le nuove reclute degli studî e gl'innumerevoli giovani della Università, che alimentarono il fuoco sacro della guerra redentrice, ed annunzia che tra breve, in memoria dei caduti, sarà innalzato un perenne monumento dalla riconoscente madre « Sapientia ».

Prevede che anche gli studî riprenderanno presto il loro equilibrio perturbato dal tremendo quinquennio trascorso. Svolge il tema: La donna e la sua partecipazione alla cultura.

Da ultimo il Rettore ringrazia S. M. la Regina Madre per aver donato alla Clinica traumatologica-ortopedica la copiosa suppellettile dell'ospedale per i feriti di guerra che aveva istituito nella reggia del Quartiere Ludovisi.

Quindi il senatore prof. Marchiafava tratta dei *Progressi della Medicina.* È una esposizione vivace e polemica della parte che l'Italia e in particolar modo Roma ebbero nelle scienze mediche. Da Celso a Fabrizio d'Acquapendente, da Galeno a Lancisi e al dalmata Baglivi, ogni nuova via fu aperta dalla scuola italiana e molto di frequente nella nostra Università. Eppure proprio qualche settimana fa un chiaro medico inglese in una reputata rivista scientifica misconosceva la gloria del Cesalpino, il maestro dell'Ateneo romano che primo scoprì la circolazione del sangue. Ma, parrà incredibile, il paese più ricco di storia scientifica, non possiede ancora una storia decente e compiuta delle sue scienze!

Nel dottissimo discorso, denso d'idee e di notizie, una parte cospicua è lasciata al sovrano intelletto di Leonardo da Vinci, anatomico e biologo non meno che grande artista, che intuì prodigiosi veri, tra cui, crede il Marchiafava, i fenomeni dell'arterio-sclerosi. Delinea quindi le scoperte del Lancisi e del Morgagni e, descritta la decadenza tra il Settecento e l'Ottocento con la imitazione straniera e la barocca teoria del vitalismo, traccia il periodo del risorgimento scientifico dal Bufalini ad oggi e termina con un inno alato alle migliaia di medici e di operatori, che lasciate le cattedre e i laboratori accorsero tra i nostri soldati e salvarono il paese dalle più micidiali epidemie. Se l'Italia e l'Europa furono per la prima volta in una lunga guerra salve dal terribile flagello, fu tutto merito dei progressi della igiene e delle scienze mediche.

Il discorso è una fiera rivendicazione delle glorie scientifiche nostre, così spesso misconosciute all'estero, talvolta per invidia, più spesso per ignoranza, e nello stesso tempo, è un inno alla medicina sociale.

Per gli ospizi permanenti di mare e di monte.

L'Associazione Medica Italiana di Climatologia, Idrologia e Terapia fisica (Alta Italia), udite e discusse le relazioni del prof. Devoto, è addivenuta all'approvazione di un Ordine del giorno col quale:

« fa appello al Governo, agli altri enti pubblici, ai cittadini pù illuminati perchè venga promossa in Italia la creazione di ospizi marini, balneari e montani in proporzione sempre più grande in modo da corrispondere al bisogno facilmente prevedibile di ogni Provincia italiana;

« e facendo suo il voto unanime della XXIV Sezione della Commissione del dopoguerra, si augura che Governo e Comuni mettano gratuitamente a disposizione di Comitati o di privati, appezzamenti forestali di alta montagna, preservati dal disboscamento, provveduti di acque potabili, per erigervi ospizi climatoterapici ed elioterapici permanenti, vincolando i promotori a concedere posti gratuiti o di favore a Comuni, alle Opere Pie, Organizzazioni operaie, Asili, ecc.;

« raccomanda ai medici italiani di volgarizzare i benefici che la fanciullezza gracile e delicata, aumentata negli anni della guerra, riceverà dalle cure balneari, climatiche e marine, specialmente quando i fanciulli vi sieno indirizzati dietro precise indicazioni individuali;

« inculca ai medici di fare sempre, sulla scorta degli studi più moderni, opera tenace ed energica di persuasione presso le popolazioni, facilmente allarmabili, per l'impianto di colonie marine, onde accolgano con animo ben disposto e tranquillo fanciulli, che spesso sono in miglior condizione di salute di molti del luogo e di impedire che il patrimonio salutifero dell'Italia sia convertito in monopolio di pochi; consiglia, infine, per evitare facili malintesi, che sia abbandonata la designazione di *scrofolosi,* che qua e là ancora si applica a fanciulli gracili e delicati, i quali non presentano nessuna di quelle lesioni pericolose ed impressionanti per le quali, più che l'invio in una comunità, si impone il ricovero in speciali sanatorî ».

Una scuola per infermieri negli Ospedali Civili di Roma.

Con deliberazione del febbraio scorso il Personale di assistenza degli ospedali riuniti di Roma decideva la fondazione di una scuola infermieri, a cui è stato imposto il nome venerato di *Achille Ballori* per il perfezionamento tecnico, e l'elevamento culturale-morale della classe.

In tale iniziativa il personale si è visto confortato, oltre che dalla fervida adesione di tutti i medici primari, professori ed aiuti — i quali porteranno il loro prezioso contributo all'insegnamento tecnico — dal concorso autorevole dell'on. Amministrazione Ospedaliera sotto il cui controllo funzionerà, che ha voluto darvi incoraggiamento ed aiuto, concedendo locali adatti, curandone la sistemazione, propiziandone il complesso lavoro di costituzione.

Il 26 corr. nelle bellissime sale della Scuola (dirimpetto all'Ospedale della Consolazione), donate dall'Amministrazione, dinanzi a tutti gl'infermieri riuniti in assemblea generale, avvenne l'inaugurazione. Il primario chirurgo prof. De Fabi, Presidente della Scuola, con parola elevata ne espose il programma riscuotendo applausi fragorosi.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata la pubblicazione di un'edizione romana de « Il Medico Italiano », organo ufficiale dell'Unione Nazionale dei Medici Italiani. È affidata al dott. Gian Luca Lucangeli.
Auguri.

La mortalità a Lilla.

« Le Scalpel » dà notizia della mortalità elevatissima avutasi a Lilla sotto l'invasione tedesca: 27.75 ‰ nel 1915; 29.26 nel 1916; 30.41 nel 1917; 41.55 nel 1918. La mortalità per tubercolosi è salita da 3.05 a 5.78 ‰.

A Sant'Elia Fiumerapido, sua patria, si è spento, il 12 novembre u. s. nell'età di 87 anni, il dott. ANTONIO RIGA.

Il suo nome è legato alla storia della Medicina Italiana, essendo stato egli il primo ad illustrare, nel 1881, la *Frenulite pseudo-membranosa sub-linguale*, detta perciò « malattia del Riga », a torto poi ribattezzata col nome di un altro scienziato, di lui più fortunato, che la studiò in secondo tempo.

Il Riga, costretto dalle difficoltà dei tempi e dalle ristrettezze economiche ad esercitare nel suo paese, è passato così inosservato nel mondo della scienza ufficiale. Ma l'originalità e l'importanza della sua scoperta, se non ebbero adeguato riconoscimento da parte dei suoi connazionali, furono degnamente apprezzate all'estero, dove il nome di lui è ben noto e stimato. Numerose pubblicazioni in Francia, in Germania, in America mettono in rilievo il valore e la priorità della osservazione del Riga.

Pure tra le difficoltà del lavoro assillante e monotono della condotta. egli seppe trovare il tempo per dedicarsi ad importanti e svariate pubblicazioni scientifiche, che trattano di epidemiologia, di idrologia, di neuropatologia, di igiene di interessi di classe.

La profonda coltura medica si associava in lui, come in pochi, ad una soda coltura letteraria, per cui nelle sue pubblicazioni scientifiche si riconosce l'antico *purista*; e numerosi suoi scritti (discorsi. commemorazioni, riviste), che si leggono con piacere, completano la serie della sua produzione multiforme.

Idealista, uomo di cuore, galantuomo perfetto, esercitò, per oltre mezzo secolo la sua professione con abnegazione, con disinteresse e con dignità, scevro del tutto da invidie piccine, manifestandosi, anche in ciò, uomo superiore.

Battagliero, patriota fervente, cooperò con l'azione e con gli scritti al riconoscimento dei diritti della nostra classe. Ed amò il paese nativo e la Patria di amore sincero ed intenso.

Dott. G. L. LECCE.

È morto ad Obernig (Oberslesien), appena cinquantenne, il dott. JENTSCH, consigliere di sanità. La pratica medica non lo distolse dai suoi prediletti studi di morfologia patologica, specialmente nel campo dell'architettura esterna dei giri cerebrali e della struttura del cranio. Fra essi sia sopratutto ricordato il suo ultimo, e veramente splendido, lavoro sull'evoluzione del *processus rami mandibolaris*.

È morto in età di 70 anni il prof. L. BRIEGER, il valente cultore della chimica batteriologica e patologica, al quale si deve la identificazione di alcune tossine. Ha diretto per molto tempo l'Istituto idroterapico dell'Università di Berlino.

Rassegna della stampa medica.

Rif. Med., 5 apr. PIRONDINI: Correzione degli errori del cateterismo ureterale.

Presse Méd., 10 apr. AMENILL: Azotemia e azoturia negli itteri infettivi.

Morgagni (Arch.), 31 mar. ANDRUETTO: Tubercolosi latente e sua diagnosi.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., LION: I falsi cancri dello stomaco.

Journal A. M. A., 22 mar. PURDY e TABETTI: Lotta contro la malaria nelle risaie. — MINAKER e IRVINE: Vaccino-profilassi dell'influenza.

Proc. R. Soc. of. Med., feb. BAYLISS: Lo shock (discuss).

Rif. Med., 12 apr. TANSINI: Sul carattere dell'insegnamento e dell'esercizio clinico. — MARAGLIANO D.: La remineralizzazione chirurgica delle coxiti tubercolari.

La Stomatol., mar. BERETTA: Assistenza protetica ai mutilati della faccia.

Soc. Méd d. Hôp., 6 mar. CAUSSADE e MARBAIS: Setticemia da bac. di Shiga e assenza del germe nelle feci.

Riv. Ospedal., 28 feb. GARIN: Le sindromi cliniche delle malattie del pancreas.

Surg., Gyn. a. Obst. apr. Numero consacrato prevalentemente all'empiema.

Brit. Med. Journ., 19 apr. BARR: La fisica del torace in rapporto con le lesioni degli organi endotoracici.

Paris Méd., 19 apr. VARGAS: Il rachitismo, distrofia emo-disostosica dello sviluppo.

Archives Med. Belges, gen. NOLF, SPEHL, COLARD e FIRKET: L'epidemia d'influenza nell'esercito belga. — BURGET e FOCQUET: L'encefalite letargica.

Gazz. d. Osp., 3 apr. BINDI: Rare complicazioni e successioni chirurgiche dell'influenza.

Amer. Journ. Med. Sciences, apr. HALL e WHIPPLE: Intossicazione da raggi X. — DANZER: Il rapporto cardiotoracico. — GOODMAN: Diagnosi differenziale tra stenosi mitrale e insufficienza aortica.

Presse Méd., 17 apr. DESMAREST, CALDERON e CANAS: Trattamento delle fratture sotto-trocanteriche. — HARTENBERG: Nuovi segni premonitori del parossismo epilettico.

Amer. Medic., mar. JOHNSON: Vaccini misti nella profilassi della polmonite e di altre infezioni respiratorie.

Clinica Castellana, mar; AZA: Diagnosi precoce del cancro uterino.

Med. Record, 4 apr. BENEDICT: Percussione ascoltatoria. — COUGHLIN: Gli esercizi fisici in età inoltrata.

Prensa Med. Argent., 30 gen. ARGARIARÀZ: Il nistagmo cerebrale.

Bull. Sc. Med., mar- DE NAPOLI: Difesa sociale contro la sifilide, le malattie veneree e alcune dermatosi.

Bull. Johns Hopkins Hosp., mar. KRAUSE: Misure antitubercolari. — HARROP: Produzione della tetania mediante iniezioni endovenose di bicarbonato sodico.

Annales de Méd., n. 6. DEJÉRINE E ANDRÉ-CEILLIER: Para-osteo-artropatie degli emiplegici da lesione midollare. — ETIENNE: Imbarazzi gastrici febbrili da bacilli tifosi o paratifosi.

Journal A. M. A., 5 apr. BASSOL, ELY: Encefalite letargica (nona). — HARRIS: L'influenza nelle gestanti. — ABT: Influenza in un neonato.

Gazz. d. Osp., 6 apr. MAZZONE: L'infezione pestosa nella zona militare di Cirene.

Bull. Ac. de Med., 15 apr. CAEITANI: Meningite influenzale.

Journ. de Méd. et de Chir. pratiques, 25 aprile. BROCA: Studio radiologico delle osteiti consecutive alle fratture di guerra.

Gaz. d. Hôp., 24 apr. DELORME: Tecnica operatoria della cardiolisi.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 apr. ARMITAGE: Ascesso amebico del cervello.

Rif. Med., 19 apr. PEZZI: L'andamento dell'infezione tifica e paratifica nei vaccinati e non vaccinati.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI Roma, 23 novembre 1919 Fasc. 47

(Pubblicato il 4 dicembre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Farmacologia della R. Università di Roma.

Presenza nelle urine delle così dette vitamine

per il prof. G. GAGLIO.

All'accademia medica di Roma, nella seduta del 25 maggio 919, ho riferito su esperienze eseguite in parte con il dott. Enrico Roseo. In ordine ai fatti che servono di base allo sviluppo della teoria delle vitamine senza dubbio è fondamentale l'esperienza che i colombi nutriti esclusivamente con riso grezzo vivono bene, mentre ammalano con disturbi polineuritici e muoiono in 15-20 giorni se vengono nutriti con riso mondato.

Il Funk, come è noto, estrasse dalla crusca di riso sostanze di natura basica del gruppo della piridina che in piccolissima quantità sono capaci di spiegare azioni curative nella polineurite, sviluppata nei colombi per l'uso esclusivo del riso mondato. Queste sostanze, che egli trovò diffuse in molti alimenti, furono da lui chiamate *vitamine* e considerate come un gruppo a parte di principii alimentari che in piccolissima quantità sono indispensabili alla vita.

È occupandoci di queste esperienze che abbiamo visto come l'urina umana, nella quantità di pochi c. c., mostrasse nella polineurite dei colombi rapidi effetti curativi in un grado molto più elevato di quello che viene descritto dal Funk per le vitamine da lui estratte dalla crusca di riso o dal lievito di birra. Già dopo poche ore dalla somministrazione di 3-4 c.c. di urina lievemente concentrata a bagnomaria, si vedeva l'animale stare più saldo sulle zampe e camminare con più sveltezza e si attenuavano gli spasmi muscolari e i movimenti disordinati del collo. La somministrazione dell'urina veniva ripetuta 2-3 volte nella giornata, l'animale si presentava sempre meglio e alla dimane appariva completamente guarito. Anche quando l'animale era ridotto, per la dieta del riso mondato, in uno stato molto grave con contrattura dei muscoli della nuca ed opistotono, esso guariva completamente sotto l'influenza dell'urina.

Continuando a somministrare riso e urina, l'animale continuava a stare bene per qualche giorno, poi ricomparivano in forma attenuata i sintomi nervosi e l'animale durava in vita molto più lungamente degli animali esclusi da questo trattamento. Si osservava così una forma attenuata della malattia che poteva prolungarsi per molte settimane. Anche la diminuzione del peso del corpo si moderava e subiva talvolta degli arre-

sti. Se, quando l'urina aveva soppresso i sintomi nervosi, si modificava un po' la dieta aggiungendo al riso qualche altra sostanza alimentare, per es., un po' di tuorlo d'uovo, l'animale guariva definitivamente.

Per la interpretazione di queste esperienze si potrebbe pensare che per i reni si eliminino le vitamine che si formano nell'organismo o che ad esso pervengono con gli alimenti. Ma è precisamente in rapporto al concetto delle vitamine che queste esperienze ci sembrano particolarmente interessanti. Queste sostanze indicate col nome di vitamine sono molto diffuse negli alimenti, specialmente in quelli vegetali; il Funk, che estrasse la vitamina dalla crusca di riso e dal lievito di birra, osserva che quanto più essa si purificava tanto meno attiva si dimostrava, devono dunque essere parecchie sostanze che agiscono in maniera simile e che forse si comportano sinergicamente, nel senso che qualcuna per sè poco attiva è capace di rinforzare l'azione dell'altra.

D'altra parte si sono preparati molti derivati artificiali della piridina e della pirimidina e alcuni derivati della xantina che si comportano come le vitamine di fronte ai colombi affetti da polineurite.

Se queste sostanze si trovano, per così dire, quasi dappertutto negli alimenti, se si possono preparare artificialmente, e se l'una può sostituire l'altra, non si può certamente ammettere la loro specificità, pure ammettendo che esse rappresentino principii alimentari indispensabili alla vita.

In rapporto alla natura di questi principii, se consideriamo il plasma che filtra dalle pareti dei capillari e che irrora le cellule dei nostri tessuti, in esso dobbiamo trovare tutte le sostanze necessarie alla vita. Ora, nel plasma, oltre alle sostanze proteiche, ai grassi, agl'idrati di carbonio ed ai sali minerali, esistono molte sostanze organiche azotate che sono da considerare sia come provenienti dagli alimenti, sia come prodotti del ricambio materiale dell'organismo.

Queste sostanze sono state da tempo comprese dalla chimica nella denominazione di *sostanze estrattive azotate* e nelle analisi degli alimenti vegetali si calcolano specialmente come *azoto non proteico*. Sono queste sostanze che sono state trascurate in rapporto alla loro funzione considerandole come scorie destinate alla eliminazione. Ma anche quando realmente esse siano scorie, finchè circolano nel sangue debbono adempiere ad uffici importantissimi come stimoli della nutrizione e della funzione degli organi. Le cosidette *vitamine* rientrando in questo concetto perderanno della loro specificità che ha fatto di esse delle sostanze misteriose.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. LUIGI CONCETTI.

Patogenesi e cura della intossicazione acetonica infantile

per il dott. ENRICO MODIGLIANI,
docente e aiuto preparatore.

(*Continuazione e fine: vedi fascicolo precedente*).

Se gli studi sulla patogenesi e sulla clinica dell'intossicazone acetonica hanno fatto progressi, la cura è rimasta ad un dipresso quella che era 15 anni fa, quando la concezione patogenetica era differente dall'attuale.

Durante le grandi crisi la cura è sintomatica; nelle crisi di vomito, anzi, è resa difficile per il fatto che, data la intolleranza gastrica, è quasi impossibile la somministrazione *per os*, e bisogna agire per clistere: ad ogni modo essa tende a neutralizzare la tossicità degli acidi mediante la somministrazione di alcalini, ed ad attenuare gli altri sintomi minacciosi — convulsioni, dolori (nelle sindromi appendicolari o addominali), cardiopalmo, accentuata depressione del polso, ecc.

Negli intervalli fra gli accessi la cura è causale: sia contro la causa determinante, sia contro gli elementi predisponenti (costituzione, diatesi), contro la prima si prescrive una dieta opportuna limitando naturalmente i grassi e saggiandone il limite di tolleranza: contro i secondi la cura varia in rapporto alla costituzione del piccolo paziente, alle condizioni del ricambio, e alle condizioni etiologiche e patogenetiche rilevate nei singoli casi.

Ma se è vero che in molti casi, in cui tutta la malattia, consiste in 2 o 3 crisi di vomito (talora anche uno solo), la sola limitazione dei grassi e qualche cura per rendere più attiva la funzionalità epatica sono sufficienti al successo, ve ne sono altri, fondati su alterazioni epatiche ereditarie e personali assai accentuate, in cui lo schema terapeutico tracciato si dimostra inadeguato, e malgrado tutte le cure dietetiche, ivi compresa la più scrupolosa limitazione dei grassi, la terapia più svariata contro la insufficienza epatica (solfato di soda, rabarbaro, calomelano), la più persistente terapia alcalinizzante (magnesia, bicarbonato di soda, acque minerali alcaline, di Evians, di Vals, di Vichy, di S. Pellegrino, di Fiuggi), le cure dirette al miglioramento dello stato generale (ricostituenti) e del sistema nervoso, si vedono le grandi crisi acetoniche ripetersi invariabilmente di anno in anno, con una certa periodicità, coincidenti generalmente con l'inizio della stagione calda, intramezzate, salvo intervalli vari di pausa, dai sintomi della piccola

intossicazione acetonica, testimoni attendibili che la malattia non accenna a migliorare.

Si tratta di una forma morbosa che se non è mortale, ha delle manifestazioni imponenti, specialmente i vomiti prolungati, le convulsioni, le crisi cardiache, le crisi addominali, che allarmano giustamente le famiglie dei piccoli infermi, specialmente quando queste, illuse dal rapido e pronto miglioramento, vedono poi ripresentarsi il quadro con tutta la primitiva intensità. Tutto ciò è causa per i parenti di gravi preoccupazioni a dissipare le quali non bastano le assicurazioni del medico che la malattia ha un limite di tempo, che generalmente si esaurisce verso il 7°-8° anno di età. Talvolta poi, nei casi in cui l'intossicazione si prolunga negli intervalli fra le grandi crisi, questi bambini rimangono esili, magrolini, pallidi, di un pallore terreo, con occhiaie cerchiate, con facile disposizione a turbe dell'apparato digerente, irrascibilità del carattere, ecc., tutte alterazioni che dimostrano che il bambino rimane sotto l'influenza di una grave alterazione del ricambio, di cui le famiglie si mostrano naturalmente assai malcontente.

In alcuni di questi casi, professionalmente difficili, nella ricerca di nuovi mezzi terapeutici che valessero ad eccitare la compromessa funzionalità epatica, io ho avuto l'opportunità di esperimentare l'acqua santa di Chianciano e mi sembra valga la pena, per il successo ottenuto, di riferirne dettagliatamente, tanto più che dalle accurate indagini bibliografiche non mi risulta sia stata finora usata nella cura della intossicazione acetonica.

La prima osservazione sulla efficacia delle acque di Chianciano fu assolutamente fortuita, e senza seguire troppo diligentemente il caso io ebbi modo soltanto di constatare un effetto assai benefico. La riassumo brevemente:

Fin dal 1908 prestavo la mia assistenza ad una signora, A... G..., di anni 32, che dall'aprile di quell'anno presentò i sintomi di *litiasi biliare*, di cui aveva sofferto un primo attacco mentre era gestante nel 1905, con un primo accesso di *colica biliare*, che si ripetè poi a brevi periodi, con notevole frequenza: la malata, di buona complessione, ben nutrita, andava deperendo tanto che in 2 anni aveva diminuito di 25 kg. di peso: rimaste inefficaci le cure mediche, e visto il deperimento progressivo ed accentuato, io consigliai l'intervento chirurgico, e tale consiglio fu ripetuto da autorevoli medici e chirurgi consulenti. La malata però rifiutò l'intervento chirurgico e per consiglio dei parenti si indusse a tentare la cura delle acque di Chianciano. Dirò subito che la cura fu efficacissima: la paziente emise numerosi calcoli, non soffrì più di coliche biliari, e dopo due anni di cura si rimise completamente.

Orbene, mentre curavo questa malata, una sua bambina di 3 anni ammalò, nel 1908, di *intossicazione acetonica*, con grandi crisi di vomito e intensa acetonuria. Malgrado le cure dietetiche e medicamentose applicate, le crisi si ripeterono ad intervalli di 1-6 mesi, con segni evidenti di piccola intossicazione acetonica, e con acetonuria negli intervalli fra gli attacchi, dimagramento e pallore accentuati. Nel recarsi a Chianciano per la cura, la mamma ebbe l'idea di condurre seco la bambina, per sottoporre anch'essa alla cura delle acque: il mio parere in proposito era incerto, ignorando quale fosse l'effetto di quelle acque nei vomiti acetonici: raccomandai alla madre di far visitare la bambina dai medici del luogo e di attenersi ai loro consigli. La madre invece fece di sua iniziativa: fece bere alla bambina per 12 giorni circa 150 cmc. di acqua santa attinta alla sorgente. Rividi la bambina dopo un mese dalla cura: era aumentata di 2 kg., di colorito ed aspetto completamente cambiati: la bambina ripetè la cura con la madre l'anno successivo: ma fin dal primo anno di cura non ebbe alcuna ulteriore manifestazione di intossicazione acetonica e da allora potè considerarsi guarita.

Di questa osservazione mi servii però nei due casi seguenti, che per condizioni specialissime ho potuto seguire con la massima diligenza, ricostruendo con fedeltà la storia degli ascendenti:

P... M..., attualmente di anni 14. *Anamnesi familiare*. Dal lato paterno: un bisnonno ha sofferto di *gotta* e di reumatismo articolare con endocardite; l'altro bisnonno *gravi manifestazioni gottose con compartecipazione del fegato*, ed è morto per un attacco di gotta. La nonna paterna ha sofferto lungamente di *colelitiasi* ed è morta di angiocolite suppurativa. Il padre ha sofferto 3 volte nel periodo della pubertà di *ittero catarrale;* dei 3 zii paterni: uno ha sofferto ripetutamente di *grande reumatismo*, con conseguente endocardite e di *calcolosi renale*, il secondo ha avuto fra i 28 e i 32 anni manifestazioni *gottose articolari* e attacchi di *emicrania*, il terzo ha sofferto fra i 12 e i 28 anni ben 4 volte di *ittero catarrale*.

Dal lato materno: la nonna ha sofferto di *emicranie*: è di tipo tendente all'obesità. La madre è di costituzione pletorica: soffre di neurastenia, ha avuto *emicranie* e lunghi periodi di cefalea trattati con l'opoterapia tiroidea. Uno zio ha sofferto di *colelitiasi*: un altro zio ha sofferto di disturbi gastrici associati a manifesti segni di *insufficienza epatica*.

Anamnesi personale e decorso. — Il bambino nacque a termine, con parto normale: ebbe allattamento per nutrice per 15 mesi, decorso normalmente. Subito dopo lo svezzamento ebbe un periodo di disturbi dispeptici, durato circa 4 mesi. A 3 anni ebbe il *primo attacco di vomiti acetonici;* tre mesi dopo ebbe *ittero catarrale*, iniziatosi con febbre, e che durò circa 10 giorni.

Dopo l'ittero, malgrado l'osservanza rigorosa di una dieta povera di grassi, si ebbero ripetuti grandi attacchi di vomito acetonico che duravano perfino 5 giorni, con tutto il corteo dei sintomi concomitanti, compreso l'ingorgo del fegato e abbondantissima acetonuria. Gli attacchi venivano talvolta in coincidenza dei grandi freddi, più spesso all'inizio della stagione calda, generalmente a distanza di 4-6 mesi, ma talora in una

stessa stagione si ripetevano a distanza di un mese circa ed anche meno.

Il bambino si rimetteva abbastanza bene e con rapidità dalle singole crisi, ma negli intervalli non raggiungeva lo stato di floridezza e di buona salute: era pallido, magro, aveva disappetenza, talora neusee, stipsi ostinata, feci talora ipocoliche, lingua patinosa, alito acetonico, e nelle urine si riscontrava spesso acetone in quantità variabile, mai però così abbondante come nelle grandi crisi di vomito.

Questo stato di cose si protrasse senza variazioni fino ad 8 anni. Naturalmente in questo lungo periodo erano state messe in atto tutte le cure comunemente consigliate: uso costante degli alcalini e delle acque minerali, e dei più svariati antistiptici; stimolanti della funzione epatica (rabarbaro e boldo sotto varie forme e in dosi varie), cure opoterapiche (endoepatina), cure ricostituenti generali *per os* e *per cutem*, cure climatiche prolungate, ginnastica medica e sportiva, ecc., senza riuscire ad un risultato concludente.

Esaurito così il formulario terapeutico, decisi di sperimentare l'acqua di Chianciano, di cui, in seguito all'osservazione riferita, ero rimasto favorevolmente impressionato.

Nell'estate del 1913, a 8 anni, dopo un ultimo periodo di crisi di vomito violente, con accentuato e persistente ingorgo del fegato, con acetonuria persistente e ostinato deperimento, il paziente fu inviato a Chianciano, ove fece la cura dell'acqua santa per 12 giorni. L'acqua fu somministrata alla temperatura naturale (28°), attinta alla sorgente, e nelle seguenti quantità: per i primi 4 giorni cmc. 250 per giorno, poi aumentando gradatamente circa 20 cmc. al giorno fino a raggiungere i 400 cmc. al giorno. Durante la cura il bambino fece pure 4 bagni (ogni 3 giorni) delle acque termali gassose di Sillene, alla temperatura di 36°.

La cura ebbe un primo effetto immediato apprezzabilissimo: miglioramento dell'aspetto, vivacità del colorito, aumento del peso (kg. 1.200), ritorno dell'appetito, regolarità della digestione e dell'evacuazione, gaiezza e stabilità dell'umore: in complesso si ebbe l'impressione come se il ragazzo avesse subìta una rapida disintossicazione. Il fegato era decongestionato ma sempre nettamente palpabile. Nelle urine, esaminate 20 giorni dopo il termine della cura, *non si riscontrò più acetone* che una settimana avanti l'inizio della cura si notava ancora in traccie evidenti.

Il bambino stette bene per tutto l'inverno, fino al maggio dell'anno successivo: *i grandi attacchi non si ripetorono più*, nè in quell'anno nè negli anni successivi fino al presente. Dal maggio si ripresentarono di nuovo i segni della piccola intossicazione acetonica: ritornò un discreto pallore, con senso di peso alla testa, qualche cefalea, lamentosità, emotività e facile tendenza al pianto, piccoli fatti dispeptici (disappetenza, difficoltà nella digestione, senso di pena gastrica, con eruttazioni, stipsi), e che culminarono nel giugno con crisi gastralgiche e vomiti mattutini, a digiuno o subito dopo il primo pasto (consistente in una tazza di latte magro, caffè d'orzo e biscotto).

Tali vomiti mattutini erano facili, senza sforzo, brevi, e non avevano i caratteri di persistenza, tanto che per un paio di volte si verificarono per la strada mentre il bambino si recava a scuola, e se si verificavano prima del pasto non lasciavano disturbi, tanto che il bambino poteva poi consumare la sua colezione senza preoccupazioni. Durante questo periodo, che durò fino a tutto il giugno, il ragazzo aveva alito acetonico, e nelle urine si riscontrò spesso acetone.

Nell'agosto successivo il paziente fu di nuovo inviato a Chianciano dove ripetè la cura per 15 giorni con le stesse modalità. Lo stato generale ebbe un nuovo e rapido miglioramento, i disturbi scomparvero quasi completamente. L'acetonuria non si è più riscontrata. Soltanto quest'anno dopo 4 anni di benessere il ragazzo ha presentato di nuovo dei periodi di anoressia e delle crisi gastralgiche mattutine, accompagnate da lievi lipotimie, che, sebbene nelle urine non si sia mai riscontrata acetonia, debbono ritenersi della stessa natura di quelle precedentemente sofferte.

L'obbiezione che subito si presenta alla mente seguendo questa osservazione, è che l'efficacia della cura idrica non sia in questo caso dimostrativa per il fatto che essa fu iniziata ad 8 anni, in una età cioè in cui la condizione morbosa si va attenuando spontaneamente: è noto infatti che l'intossicazione acetonica è una malattia strettamente pediatrica che si manifesta con massima frequenza fra i 2 e i 7-8 anni. Ci guarderemmo bene, innanzi tutto, dalla pretesa di esser dimostrativi in fatto di tentativi di una nuova terapia, con due o tre casi clinici: è un appunto che davvero non si può fare alla scuola romana. Ma un'analisi accurata ci può fare ammettere con tutta probabilità che l'acqua di Chianciano abbia avuto una diretta efficacia sull'andamento della malattia. Innanzi tutto è tutt'altro che raro che l'intossicazione acetonica, specialmente sotto forma di vomiti periodici, si protragga al di là degli 8 anni: il Mya anzi ammetteva che la sindrome periodica si estendesse fino all'età adulta, senza però essere accompagnata dall'acetonuria: ma a me stesso è stato possibile seguire nel 1918 due casi di vomiti acetonici nell'età della pubertà: uno da me osservato direttamente in una giovanetta di 15 anni, l'altro si riferisce all'osservazione già citata del prof. Carducci in una giovane di 18 anni di cui io seguivo quasi quotidianamente le analisi delle urine ricchissime di corpi acetonici. Sono stati anzi i due accessi di vomito più gravi cui io abbia assistito: basti dire che nel caso da me osservato i vomiti si prolungarono per 9 giorni, e in quello osservato dal prof. Carducci per ben 12 giorni. Non è da escludere quindi che anche nella mia osservazione i vomiti periodici non avrebbero potuto persistere al di là dell'8° anno, tanto più che l'ultimo periodo di vomiti era stato assai intenso e non faceva pensare davvero ad una attenuazione spontanea della malattia.

È che il sospetto non fosse del tutto infondato lo dimostra il fatto che se le grandi crisi di vomito non si sono più ripresentate, si ebbe invece di queste, in corrispondenza dell'epoca ormai abituale delle manifestazioni acetoniche (inizio della stagione calda), un complesso di sintomi fra cui l'acetonuria e i vomiti mattutini che attestavano il ritorno dell'intossicazione acetonica, sebbene in forma attenuata. Meritano di esser rilevati i vomiti mattutini, da me osservati in questo caso fin dal 1913 e che Southworth (67) ha descritto nel 1916 alla XX riunione annuale della Società Americana di Pediatria a Washington, in modo assai simile a come io li ho osservati: e se Southworth non ha attribuito ad essi il valore di equivalenti acetonici, e non eseguì mai l'analisi del vomito e delle urine, aggiunge però, rispondendo alle obbiezioni di alcuni dei congressisti, che « in alcuni casi i pazienti emanavano palesemente odore di acetone ». E Sherman de Witt, in questa stessa occasione, intervenendo nella discussione aggiunse che « in casi simili egli ritrovò sempre acetone nelle urine ».

Dunque tutto lascia supporre che l'intossicazione acetonica persisteva nel nostro caso anche dopo la cura dell'acqua di Chianciano, la quale con molta verisimiglianza ne aveva ottenuto la entità, sopprimendo le grandi crisi di vomito, che dopo il primo anno di cura non si sono più ripresentate.

Ma oltre a ciò esiste il fatto di osservazione inoppugnabile del grande miglioramento dello stato generale verificatosi nel ragazzo subito dopo la cura, tanto da destare l'impressione che il malato avesse subito, come ho detto, una rapida disintossicazione. In favore dell'efficacia della cura depone anche l'effetto del secondo periodo di cura, dopo il quale scomparve (se non completamente) anche lo stato di piccola intossicazione acetonica, che si è ridestata in modo molto attenuato durante il corrente anno sotto forma di crisi gastralgiche: il che fa pensare che in questi casi di intossicazione acetonica in cui la funzionalità epatica è per condizioni ereditarie e personali così gravemente compromessa, la cura dell'acqua di Chianciano deve esser ripetuta almeno per 3 periodi annuali per raggiungere una completa efficacia.

A conferma della efficacia dell'acqua Santa di Chianciano nell'intossicazione acetonica sta quest'altra osservazione:

C... M... attualmente di anni 3 (fratello del precedente).

Anamnesi famigliare identica.

Il bambino nacque bene, a termine, con parto normale. Fu allattato dalla stessa nutrice del fratello per 15 mesi. A 7 mesi ebbe un'infezione grippale (?) delle fauci durata una dozzina di giorni, e seguita poi da un lungo periodo febbrile (febbre sui 37.8-38.2) con poca alterazione dello stato generale e della nutrizione, e che ebbe esito in un'adenite sottomascellare sinistra suppurata da cui con l'aspirazione si estrasse del pus contenente diplococchi come risultò all'esame batterioscopico e culturale. Dopo la guarigione avvenuta in pochi giorni, rimase una lieve ipertermia costante sui 37.2-37.5.

A 15 mesi, subito dopo lo svezzamento, condotto gradualmente, con tutte le regole stabilite, il bambino ebbe una crisi di vomiti, ripetuti, infrenabili, abbondantissimi, durati 3 giorni, e cessati spontaneamente per l'impossibilità di qualsiasi somministrazione di liquidi che provocavano maggiori vomiti. Il fegato era poco aumentato di volume, indolente alla pressione, lo stato generale assai compromesso (abbattimento, astenia, malessere, agitazione, polso piccolo), la lingua molto patinosa, l'alito non aveva odore di acetone ma sentiva di putredine, come di pesce guasto, nauseante. Nelle urine, esaminate anche più volte al giorno, con tutti metodi, non si riscontrò mai la più piccola traccia di acetone e di acido diacetico.

Tuttavia, poichè si poteva escludere qualsiasi grossolano errore dietetico, dati i precedenti del fratello e degli ascendenti fu posta la diagnosi di vomito tossico (della stessa natura cioè di quelli presentati dal fratello) senza acetonuria e fu stabilita una cura dietetica medicamentosa conseguente.

Intanto la lieve ipertermia continuava già da 8 mesi senza grave interessamento dello stato generale salvo un leggero ritardo nel peso.

A 22 mesi sull'inizio dell'estate, le ipertermie si fecero più accentuate sui 37.8-38.2 con massimi pomeridiani, accompagnati da un complesso di sintomi dispeptici (anoressia, o capricciosità dell'appetito, eruttazioni, modica diarrea, 2-3 scariche al giorno di feci semisolide, omogenee, costantemente ipocoliche (di aspetto cretaceo, fetide), accompagnati da deperimento, pallore, malessere, malumore, arresto del peso. All'esame obbiettivo ripetuto si notarono di tanto in tanto delle poussées di orticaria; nulla a carico dello apparato glandolare linfatico, dell'apparato respiratorio e circolatorio: l'esame radioscopico del torace eseguito dal radiologo della clinica dott. Esdra, risultò completamente negativo. Nulla a carico dell'addome: il fegato un poco ingrandito si palpava per un dito sotto l'arcata, indolente. Milza, palpabile nelle inspirazioni.

L'esame del sangue non diede altra alterazione che una discreta linfocitosi (47 %). La cutireazione fu negativa. L'esame batteriologico del sangue non fu praticato. Nelle urine, si riscontrò ripetutamente acetone in piccole quantità, indacano, non albumina. Il sedimento ripetutamente esaminato (cistite?) fu negativo. Nessuna alterazione fu riscontrata all'esame del cavo naso-faringeo (vegetazioni adenoidi?) e delle orecchie (otite media?). Questi sintomi dispeptici, furono interpretati da prima come fatti di dispepsia gastro intestinale su base diatesica e trattati con cure dietetica e medicamentosa atta a modificare l'ambiente intestinale ed eccitare le funzioni secretorie del tubo digerente. (Dieta prevalentemente vegetale con poco latte, fermenti lattici, latte acidificato, piccole dosi di noce vomica, alcalini: purgativi blandi. Ma dopo 3

mesi i disturbi persistevano quasi immodificati, mentre il peso rimaneva quasi stazionario: infatti il bambino che dal gennaio al maggio era cresciuto 800 gr., al 4 maggio, all'inizio dei disturbi pesava Kg. 10.160 e al 27 luglio pesava Kg. 10.120.

Riconnettendo allora i sintomi intestinali, con la congestione del fegato, con la persistente acetonuria e con la crisi di vomito precedentemente sofferta, si pose la diagnosi di insufficienza epatica con intossicazione acetonica: si iniziò la cura in questo senso, stimolando la funzionalità epatia con la somministrazione di Acqua Santa Purgativa di Chianciano, un bicchiere da marsala ogni due giorni al mattino a digiuno, di tintura acquosa di rabarbaro, un cucchiaio al giorno, e si prescrisse l'uso di acque alcaline contro l'intossicazione acida.

Con questa cura si ebbe un notevole miglioramento di tutti i sintomi, ritorno dell'appetito, regolarizzazione dell'alvo, miglioramento dello aspetto, scomparsa dell'acetonuria ed aumento del peso: infatti l'8 agosto il bambino pesava Kg. 10.390 con un aumento di 270 gr. in 12 giorni, dopo un arresto di circa 3 mesi.

Ma l'effetto della cura non fu durevole: dopo 20 giorni, si ebbe una ricaduta con ricomparsa di acetone nelle urine, ed elevazioni termiche sui 37.8, aumento più lento del peso che al 18 settembre era di Kg. 10.710. Aumento di 320 gr. in 40 giorni.

Persistendo lo stato di intossicazione, il 18 settembre il bambino fu inviato a Chianciano ove fece la cura dell'acqua nel seguente modo:

Cmc. 150-200 di acqua Santa alla temperatura naturale, attinta alla sorgente, ogni mattino a digiuno. Per facilitare la somministrazione l'acqua veniva zuccherata e propinata a cucchiai, secondo la prescrizione del prof. Sabatini.

Il bambino si adattò bene alla cura che durò 12 giorni durante i quali fece 4 bagni termali delle acque di Sillene.

Nei primi due giorni della cura il bambino ebbe diarrea, 3-4 scariche al giorno di feci ipercoliche, liquide, una certa disappetenza, ed un aumento della temperatura a 38.4 nelle ore pomeridiane. Poi andò rapidamente migliorando: riacquistò vivacità, colorito, appetito, aveva una scarica giornaliera ipercolica (marrone, quasi nero), il fegato era tornato nei limiti normali. Alla fine della cura il bambino pesava Kg. 11.200 con un aumento di 490 gr. in 12 giorni! Come per il caso precedente si ebbe l'impressione che il bambino si fosse liberato della intossicazione alla quale soggiaceva da 4 mesi.

Durante l'inverno fino al momento attuale il piccino non ha avuto alcun altro disturbo a carico dell'apparato digerente e del fegato. Ebbe nell'ottobre l'influenza epidemica senza conseguenze. Attualmente (26 aprile pesa Kg. 12.100.

Date le temperature subfebbrili persistenti dopo l'infezione diplococcica sofferta a 7 mesi, e l'elevarsi di esse in corrispondenza dei disturbi digerenti descritti sarebbe stato doveroso un esame batteriologico del sangue per eliminare il dubbio diagnostico di una diplococcemia che, come è noto può assumere nei bambini decorso prolungatissimo specie quando si presenta in forma benigna. La famiglia negò recisamente il consenso alla puntura della vena per il prelevamento del sangue. Considerando invece gli antecedenti personali, ereditari e del fratello del piccino, fu posta la diagnosi: *intossicazione acetonica da insufficienza epatica,* e la cura diretta in questo senso, specialmente la cura dell'acqua santa, praticata in analogia a quanto era stato osservato nel caso precedente, ebbe un'indiscutibile efficacia. A parte dunque questa constatazione positiva, per eliminare il dubbio di una infezione (diplococcica?) vien fatto di domandarsi qual genere di infezione avrebbe dovuto essere questa che migliorava così rapidamente e stabilmente con una cura di acque minerali.

Dal complesso dell'osservazione non ci sembra dunque azzardato l'ammettere per l'assieme dei sintomi, per il reperto urologico, per gli antecedenti personali ed ereditari, che in questo caso si sia realmente trattato di una forma di intossicazione acetonica da insufficienza epatica, che ritrasse grande e stabile vantaggio dalla cura dell'acqua Santa di Chianciano.

Degno di rilievo è il fatto che l'effetto dell'acqua purgativa (acqua santa concentrata) usata qui in Roma, si mostrò di efficacia meno pronta e durevole dell'acqua santa naturale, attinta direttamente alla sorgente e consumata sul posto.

***

In questi tre casi, dunque, l'acqua santa di Chianciano ha avuto un indubbia efficacia rilevabile dall'immediato miglioramento delle condizioni generali, e dalle modificazioni verificatesi in modo palese e durevole sull'ulteriore decorso della malattia.

Generalmente la cura delle acque minerali è consigliata dai varî autori soltanto durante gli accessi, come cura sintomatica contro la intossicazione acida. Sono abitualmente usate le acque di Evians, di Vals, di Vichy, di S. Pellegrino, di Fiuggi, di Villa S. Faustino, la Claudia (Marfan, Widal, Maccone (68), ecc.). Non mi risulta invece che le acque minerali sieno state usate in questa malattia per la cura causale.

Dei varî trattati e monografie consultate, soltanto Heubner (69) ha un chiaro accenno a questo concetto terapeutico quando, parlando della cura dei vomiti acetonici, dopo aver accennato al trattamento durante l'accesso, aggiunge in fine: « A me sembra che una cura di acqua di Karlsbad sia utile per lo meno nel senso di allontanare le ricadute. La efficacia di queste cure però non va ricercata certo nell'azione sul canale gastro-intestinale, ma piuttosto nell'eliminare certe anomalie del ricambio materiale (artritismo e simili) »: ed è nota l'affinità di

composizione e di azione delle acque di Karlsbad e dell'acqua santa di Chianciano.

L'esperienza empirica millenaria che da principio estendeva l'efficacia di quest'acqua ai più svariati processi morbosi, dalle alterazioni dell'apparato digerente e del fegato, ai processi morbosi della sfera genitale femminile (sterilità, amenorrea, metriti) e fino alla « verminazione » (Coli) (70), vagliata al lume della più severa critica moderna ha circoscritto a condizioni morbose più precise la indicazione dell'uso dell'acqua santa.

Esse sono principalmente: la litiasi biliare, il fegato dispeptico uricemico, il primo stato della cirrosi epatica alcoolica, la cirrosi di Hanot conseguente a calcolosi, la stipsi abituale, i catarri gastrici con modica dilatazione, un complesso insomma di malattie anatomiche e funzionali del fegato e dell'apparato gastro-intestinale assai spesso connesse tra loro.

Grocco ne elogia l'efficacia sulle molteplici manifestazioni dell'uricemia, e Patella parla dei benefici risultati ottenuti nelle lente affezioni catarrali gastro-intestinali della uricemia e stati affini, nonchè nella cronica congestione epatica.

Nelle nostre osservazioni, se si tien conto della congestione del fegato riscontrata, dello stato di insufficienza funzionale del fegato connessa alla intossicazione acetonica, dello stato di eredità epatica nettamente rilevabile in tutte e tre le osservazioni, del miglioramento rapido verificatosi nelle alterazioni della funzione epatica, e se si riconnettono questi fatti con la concezione patogenetica delle forme secondarie di intossicazione acetonica da noi sostenuta, dobbiamo ritenere che l'efficacia dell'acqua santa si sia svolta direttamente sulla funzionalità del fegato e conseguentemente sullo stato di intossicazione acetonica.

Quale sia però il meccanismo d'azione di quest'acqua sull'organo responsabile, o meglio sulla cellula epatica, allo stato attuale delle cognizioni in materia non è possibile dire.

Si afferma generalmente che l'effetto delle acque minerali in questi stati tossici debba attribuirsi all'azione disintossicante dell'acqua, al citolavaggio, all'azione stimolante sulla nutrizione, ed all'aumento degli scambi organici: concetti tutti indeterminati e affatto dimostrati che riguardano più gli effetti delle acque che non il loro modo di agire.

Per approfondire l'intimo meccanismo di azione delle acque minerali è necessaria innanzi tutto una conoscenza precisa e completa della loro composizione. Questa, secondo i concetti della chimica idrologica moderna, va considerata sotto il triplice aspetto del contenuto in ioni, della composizione elementare, e dell'aggruppamento delle varie sostanze minerali. Ed anche quando avremo la conoscenza esatta della composizione delle acque minerali, resterà sempre da superare la difficoltà di interpretazione del loro meccanismo d'azione non solo sull'organismo in genere, ma anche sui singoli organi a funzioni complesse e molteplici, quali ad es. il fegato, sul quale è talora difficile interpretare gli effetti di soluzioni semplici, a titolo noto, ben lontane dalla composizione complessa delle acque minerali.

L'acqua santa di Chianciano è un'acqua acidula alcalina, nella cui composizione entrano specialmente il solfato di sodio, di calcio e di magnesio, il carbonato di calcio e di magnesio, il cloruro di sodio e di magnesio, e l'anidride carbonica, in quantità note soltanto secondo le analisi eseguite dal Targioni-Tozzetti nel 1854 (71): non esiste ancora un'analisi quantitativa secondo i metodi più moderni.

In attesa dunque di nozioni più precise, dobbiamo riconnettere l'azione dell'acqua santa al suo contenuto in sali di sodio, di calcio e magnesio, i quali però debbono avere un'azione certamente più complessa delle relative soluzioni saline semplici ad eguale titolo, per lo speciale aggruppamento molecolare e sopratutto per lo speciale stato di ionizzazione che è loro conferito dallo stato sorgivo, probabilmente legato ad energie ancora poco note (radioattività) e che giustifica l'appellativo di acque « naturali ».

Per quello che riguarda la ionizzazione dell'acqua santa risulta dalla recente analisi del Nasini che essa è ricca di ioni:

ione solfonico $S\,o_4$ . . grammi 1.7902
ione carbonica $C\,o_2$ . . » 0.4080

Ora è noto che il maggior numero degli ioni esistenti in una soluzione, cioè la maggior dissociabilità di un composto, è in rapporto con una maggiore attività farmacologica (Gaglio) (72). D'altra parte la dissociabilità delle diverse sostanze varia secondo la natura chimica, e secondo il grado di concentrazione della loro soluzione, cresce, cioè, coll'aumento della diluizione, in quanto l'attività degli ioni delle soluzioni diluite si mostra relativamente aumentata.

Tali condizioni si riscontrano appunto nell'acqua santa e possono spiegarne in gran parte la attività farmacologica: infatti secondo l'analisi del Targioni-Tozzetti le sostanze fisse contenute nell'acqua santa rappresenterebbero una soluzione salina complessiva del 3.80 per mille (secondo l'analisi più recente del Nasini del 3.60 per mille) in cui prevarrebbero il solfato di calcio per gr. 1.255, il carbonato di calcio per gr. 1.478,

mentre il cloruro di sodio vi partecipa per gr. 0.055, i solfati di soda e di magnesia rispettivamente per gr. 0,253 e gr. 0,257 e l'anidride carbonica per gr. 0.460, una soluzione cioè diluitissima che riprodotta artificialmente ha una azione farmacologica nulla o quasi nulla, e che invece allo stato naturale svolge una energica azione eccitante sull'attività secretoria dell'apparato digerente. Tale azione, in base alle nozioni di chimica fisica, deve attribuirsi all'alto contenuto dell'acqua santa in ioni ed al forte potere di dissociabilità per il grado di minima concentrazione in cui si presentano i vari corpi in essa contenuti.

È assai difficile valutare l'azione farmacologica dei singoli componenti data la loro grande diluizione. Così, per es. il carbonato di calcio in forti dosi diminuisce l'acidità delle urine fino a renderle alcaline: tale azione è da riferirsi in parte alla neutralizzazione degli acidi liberi nel canale digerente, in parte alle reazioni che avvengono fra il carbonato di calcio e i fosfati alcalini per cui questi si trasformano parzialmente in solfato di calcio che è eliminato con le feci, mentre l'alcali che era combinato con l'acido fosforico si riassorbe. Tutto ciò fa pensare che questo sale spiegando indirettamente gli effetti delle sostanze alcaline, abbia efficacia sullo stato di acidosi a cui è legato lo stato di intossicazione acetonica. Il solfato di sodio, secondo le ricerche di Loewy, farebbe aumentare l'assorbimento dell'ossigeno e l'eliminazione dell'anidride carbonica: si ammette generalmente che questa maggiore ossidazione si faccia a spese delle sostanze grasse (Gaglio). Il cloruro di sodio anche in piccole quantità può spiegare un'azione purgativa, ed ha anche una debole azione diuretica; in quantità superiore alla necessaria sarebbe capace di far aumentare la quantità di urea nelle urine favorendo direttamente la decomposizione delle sostanze albuminoidi.

Ma l'azione di queste sostanze si riferisce sempre a soluzioni più concentrate di quelle in cui sono contenute nell'acqua santa: l'azione farmacologica di questa non può valutarsi dall'azione dei singoli componenti, ma deve risultare certamente dall'azione complessiva e reciproca di tutte le sostanze in soluzione. Basta pensare alla presenza dell'anidride carbonica la quale ha probabilmente una qualche importanza nell'aggruppamento dei singoli componenti, e al solfato di calcio che è ritenuto generalmente come dannoso, mentre unito alle altre sostanze ha una indubbia efficacia terapeutica quale risulta dall'esperienza clinica.

In complesso le nozioni attuali non bastano a farci stabilire neanche lontanamente quale sia l'intimo meccanismo d'azione dell'acqua santa di Chianciano, come delle acque minerali in genere, ed in attesa di nozioni più precise dobbiamo limitarci a constatare l'efficacia di quest'acqua in quelle malattie in cui il ricambio intermedio è alterato per speciali condizioni morbose dell'apparato digerente ed assimilativo e più specialmente del fegato, fra le quali deve annoverarsi, con grande verisimiglianza, anche l'intossicazione acetonica.

Roma, giugno 1919.

BIBLIOGRAFIA.

1. MARFAN. « Arch. de Méd. des Enfants », 1901, p. 641.
2. VALAGUSSA. « Il Policlinico », Sez. Med., vol. VIII, 1902.
3. EDSAL. « Am. Jorn. of Med. », 1903, n. 2.
4. COMBY. « Arch. de Méd. des Enfants », 1909, n. 10.
5. MORICHAUT-BEAUCHAUT. « Gaz. des Hôpit », n. 47, 1910.
6. ROTSCH. « Pediatrics », 1901.
7. GILIBERTI. « Rev. mens. de mal. des enf. », n. IX, 1905.
8. PACCHIONI. « Riv. di Clin. Ped. », fasc. 3, 1914
9. SCHMIDT. « Wien. med. Woch. », n. 43, 1909.
10. JOHN MAC CAW. « The Brit. med. Journ. », 15 ottobre 1910.
11. BROCA. « Bull. de la Soc. de Péd. », 21 febbraio 1905.
12. GRENFELD. « Thèse de Paris », 1895.
13. GUIDI. « Riv. di Clin. Ped. », fasc. 10, 1917.
14. HECKER. « Ergebnisse der inn. Med. und Kinderheilk. », Bd. 7, p. 242, 1911.
15. PACCHIONI, loc. cit., pag. 187.
16. MYA. Adunanza della Sez. Toscana della Soc. Ital. di Pediatria. « Riv. di Clin. Ped. », fasc. 5, p. 389, 1908.
17. COMBE. « La Pediatria », n. 3, 1904.
18. MERY. Citato da HUTINEL. « Les Maladies des Enf. », Tome III, p. 286.
19. AUSSET. Bull. de la Soc. de Pédiatrie, 20 novembre 1906, p. 346.
20. BROCA. Loc. cit.
21. SNOW. « Arch. of Pediatrics », febbraio 1893.
22. ARKAWIN. « Jahrbuch für Kinderheilk, », Bd. 48, 1905.
23. FISCHL. *Trattato di Pediatria di Pfaundler e Schlossmann*. Ed. Vallardi, vol. III, p. 158.
24. RACHFORD. « Arch. of Pediatrics », dec. 1904.
25. LANGMEAD. « The Brit. med. Journal », 27 settembre 1907.
26. RICHARDIÈRE. « Bull. de la Soc. de Ped. », 17 gennaio 1905.
27. GILBERT e LEREBOULLET. « Sem. Méd. », pag. 241, 1901.
28. HUTINEL. « Les Mal. des Enfants », vol. III, pag. 289.
29. MOREL. C. R. de la Soc. de Biol., 27 maggio 1911.
30. KAULISCH. « Prager Voerteljahrschr. », 1860.

31. BONNAMOUR e IMBERT. C. R. de la Soc. de Biol. 30 luglio 1909.
32. UMBER. In *Trattato di medicina interna di Mohr e Staehelin*. Vol. III, puntata 24, p. 145.
33. LOMBROSO. « Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. », Bd. 56, p. 357, 1907.
34. ZUNZ. Ann. de la Soc. de Méd. de Bruxelles, Tome 16, p. 63, 1908.
35. MAYER, cit. da UMBER, loc. cit., p. 148.
36. FLECKSEDER. « Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. », Bd. 59, 1908.
37. MINKOWSKY. « Berl. Klin. Wochen. », n. 5, 1892
38. DE DOMINICI. Atti dell'Acc. Med. di Napoli, 1894.
39. PACCHIONI. « Lo Sperimentale », 1901.
40. MYA. In Manuale « Malattie dei Bambini » di Henoch, parte II, annotazione a pag. 469.
41. FISCHL, loc. cit., pag. 160.
42. HUTINEL, loc. cit., pag. 288.
43. HEUBNER. *Trattato delle malattie dei bambini*. Vol. II, pag. 342.
44. HOWLAND e RICHARDS. « Arch. of Pediatrics », n. 6, giugno 1907.
45. TERRIEN. Bull. de la Soc. de Péd., 1913.
46. POULAIN. « Rev. mens. des malad. de l'enfance », 1902.
47. STHEEMANN. « Zieglers Beitr. z. path. anat », Bd. 48, 1910.
48. BERGEL. « Münch. med. Woch », n. 32, 1910.
49. COMBY. Bull. de la Soc. de Péd., 1906, p. 433.
50. POLLAK. « Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. », 1909.
51. EMBDEN. « Hofmeisters Beitr. », Bd. II, 1902.
52. MICHAUT. « Kongr. f. inn. Med. », 1911.
53. DAKIN. « Journ. of Biol. Chem. », vol. VIII, pag. 97, 1910.
54. EMBDEN e ALMAGIÀ. « Hofmeisters Beitr. ». Bd. VI, 1904.
55. CARNOT e M.LLE DE FLANDRE. In « Maladies du Foie » di Debove, Achard e Castaigne, pag. 110.
56. LAMACQ-DORMOY. « Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux », marzo 1903.
57. CASTAIGNE e CHIRAY. In « Maladies du Foie », pag. 153.
58. HUTINEL. *Les Maladies des Enfants*, tome III pag. 468.
59. CHARRIN. « Sem. Méd. », 17 dec. 1902.
60. DELAMARE. « Thèse de Paris », 1903.
61. HANOT. « Sem. Méd. », 29 aprile 1893.
62. LEROUX. « Thèse de Paris », 1894.
63. KABANOFF. « Arch. générales de Méd. », marzo-aprile 1895.
64. GILBERT, LEREBOULLET e HERSCHER. Soc. Méd. des Hôp. 15 novembre 1907.
65. HUTINEL, loc. cit., pag. 468.
66. POLITO. *L'intossicazione acida dell'organismo*. Napoli, Bideri edit., 1916.
67. MACCONE. *Le acetonurie nell'infanzia*. Torino, Tip. Subalpina, 1915.
67. SOUTHWORTH. « Arch. of Pediatrics », n. 5, 1916.
69. HEUBNER. In « Trattato delle malattie dei bambini », vol. II, pag. 343.
70. COLI. *Intorno all'uso delle acque minerali e termali di Chianciano*. Siena, 1870, pag. 43.
71. TARGIONI-TOZZETTI. Citato da VINAI e PASQUALI: *Le acque minerali e gli stabilimenti termali, idropinici e idroterapici d'Italia*. Milano, Grioni Ed., vol. I, pag. 415, 1916.
72. GAGLIO. « Trattato di farmacologia e terapia », pag. 26.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi precoce di occlusione intestinale.

(R. WARREN. *The Practitioner*, 1919, n. 3).

Dal punto di vista anatomico le occlusioni intestinali possono dividersi nei seguenti gruppi:

1. Occlusione da causa interna: *a*) corpi estranei, es. calcoli biliari; *b*) stenosi, cicatriziale o neoplastica; *c*) intussuscezione.

2. Occlusioni da cause esterne: *a*) formazione di tessuto fibroso attorno all'intestino; *b*) strozzamento di una porzione di intestino attraverso un'apertura della parete addominale o di un'ernia interna; *c*) volvulo.

La diagnosi di occlusione intestinale offre in primo tempo molte difficoltà perchè l'esame riesce in genere affatto negativo. Per lo più la diagnosi più che sull'esame fisico del paziente, può essere basata sui disturbi che egli soffre. Al riguardo devono essere accuratamente considerati i fatti seguenti: dolore, passaggio di aria e stipsi, vomito, shock e collasso, esame dell'addome e degli anelli erniarî, esame del retto.

Il *dolore* è acuto o tagliente, spesso ha remissione con accentuazione o alleggerimento, ossia è a carattere colico. La remissione del dolore può essere completa, ma di solito il dolore è costante con esacerbazioni. La colica da occlusione intestinale si distingue chiaramente da quella renale ed epatica, come da quella dovuta ad indigestione, avvelenamento, tumore cerebrale, tabe, ecc. La colica renale è nettamente localizzata ai lombi, all'inguine, al testicolo, alle coscie del lato affetto, quella epatica è in genere localizzata all'epigastrio, all'ipocondrio destro, ed alla spalla destra ed è accompagnata da rigidità addominale. La colica intestinale senza occlusione presenta maggiori difficoltà diagnostiche. In complesso il dolore da occlusione è meno grave. Ma una delle sue catatteristiche, forse costante, è quella di essere accompagnata da *incapacità all'emissione di aria e dalla stipsi*. Il paziente ha la sensazione del desiderio di emettere aria o che se l'aria potesse passare attraverso l'intestino il dolore si mitigherebbe, ma ciò non avviene. Questo è il segno che erroneamente viene indicato col termine di « stipsi assoluta ». In effetto non è che l'aria non può fuoriuscire dall'ano, ma non passa attraverso l'intestino e le contrazioni spasmodiche dell'intestino tendenti a scacciare i gas aumentano il dolore. La stipsi non è un segno caratteristico, nè costante perchè il basso intestino può essere già pieno di feci prima che si verifichi l'occlusione.

Il *vomito* in primo tempo a contenuto sempli-

cemente gastrico diventa subito biliare, e nel giro di 24–48 ore a carattere fecale sempre più deciso, fino a che si ha l'emissione di feci per la bocca. Quando l'occlusione è localizzata nella parte alta dell'intestino il vomito è più frequente e più rapido, e raramente acquista caratteri schiettamente fecali. La gravità prognostica del vomito fecale dipende dalla localizzazione dell'occlusione. Quando è occluso l'intestino grosso il vomito fecale può ripetersi a lungo ed il paziente può guarire dopo l'operazione; mentre se l'occlusione è in alto nel tenue il paziente muore prima che il vomito diventi fecale.

Quando la occlusione dipende da cause endo-addominali, come nell'ernia esterna strozzata, lo *shock* all'inizio è leggero, il polso ed il colore del volto sono buoni. Solo in casi relativamente pochi, nei quali la occlusione si produce molto violentemente ed improvvisamente (intussuscezione, volvulo, occlusione da calcoli biliari) lo shock è molto pronunziato. In molti casi lo shock grave non deve essere considerato come un segno diagnostico, ma piuttosto un indice di prognosi infausta post-operatoria. Comunque anche nei casi meno gravi non devono essere trascurate le manifestazioni minori di shock: aumento progressivo della frequenza del polso, faccia ansiosa e con sguardo vuoto, sete, lingua arida, temperatura subnormale. Di questi segni caratteristici della occlusione sono la faccia e la temperatura. In genere la pressione sanguigna non è diminuita, può essere anzi più alta.

Per quel che riguarda lo *stato dell'addome* va ricordato che l'esame fisico può risultare del tutto negativo. Anche in una grave forma di occlusione si può avere un addome trattabile, non teso ed anche incavato. Anzi questo segno negativo può essere un dato per la diagnosi. Quando infatti in un individuo con un dolore addominale con esacerbazioni e remittenze, con tachicardia, vomito dapprima verde e poi bruno, temperatura subnormale e la tipica facies addominalis, si trova all'esame fisico che l'addome non è disteso, non è rigido, si può concludere trattarsi di uno stato molto grave, perchè sicuramente si tratta di un'occlusione intestinale.

Ma possono essere presenti anche segni positivi ed a tale riguardo bisogna considerare: i movimenti respiratorî, la distensione, la peristalsi visibile, le eventuali tumefazioni, gli anelli erniari.

a) A differenza di quanto si verifica nella peritonite i movimenti respiratorî addominali non sono disturbati a meno che la distensione non sia molto grande come nel volvulo o negli ultimi stadî di occlusione da qualunque causa, quando si inizia il processo peritonitico.

b) Nel primo stadio la distensione non è molto evidente tranne che nel volvulo, nel quale a causa dell'arresto di circolazione in una gran parte di intestino si ha un abbondante produzione di gas e la conseguente distensione. D'altra parte quando l'ostruzione è molto alta può mancare ogni distensione anche quando il paziente è in extremis. La distensione può essere generale e locale. Quella generale da accumulo di gas e feci deve essere distinta dalla obesità naturale e dalla flatulenza. Al riguardo si deve tener presente la costituzione del paziente ed i dati in rapporto allo stato precedente di lui. La distensione locale è un segno di grave valore quando è presente, ma non è frequente. Si nota allora una tumefazione localizzata a seconda della sede dell'occlusione in varie parti dell'addome, una tumefazione tesa, risonante, fissa. Essa può essere avvertita solo quando è abbastanza grande perchè le piccole tumefazioni sono nascoste sotto la distenzione dell'intestino superiormente al punto occluso.

c) La peristalsi visibile non è un segno precoce e praticamente si osserva solo nei casi con un decorso gradatamente progressivo. Non va dimenticato che nei vecchi con pareti addominali gracili ed intestini iperattivi si può vedere la peristalsi anche senza occlusione, ma si tratta allora di un semplice movimento vermicolare. Quando invece contemporaneamente alla colica addominale si osserva il rigonfiamento ed il sollevamento ritmico di una porzione di intestino si può essere sicuri che si tratta di occlusione.

d) Oltre il rigonfiamento dovuto alla distensione si può avere una tumefazione localizzata a forma di salsiccia che è proprio della intussuscezione e che si può facilmente osservare quando l'addome non è teso. Qualche rara volta si riesce anche, a palpare un calcolo biliare incuneato nell'intestino o anche la formazione neoplastica che produce la stenosi.

e) Molto importante nell'esame dell'addome è la osservazione dei canali erniarî, specie degli anelli inguinali.

In ogni caso l'*esame del retto* non deve essere mai trascurata. Così può rilevarsi la stenosi rettale che per lo più dipende da tumori maligni, l'intussuscezione localizzata nel basso colon, l'accumulo di masse fecali. La presenza di sangue e di muco indica la esistenza di intussuscezione, mentre il sangue solo farà pensare alla trombosi dei vasi mesenterici, una rara affezione che somiglia all'occlusione.

La diagnosi differenziale delle varie forme di occlusione è molto difficile, ma in fondo essa ha praticamente solo un valore relativo, perchè in ogni caso, a meno che non si tratti di occlusione discendente dall'accumulo di feci, la laparatomia è necessaria.

Nelle occlusioni da calcoli epatici il dolore è molto violento, a carattere schiettamente colico, remittente; il vomito è precoce e improvviso; la distensione lieve e diffusa,; il calcolo può essere talvolta palpato; si ha nell'età media e nella vecchiaia.

Nelle stenosi l'inizio è graduale, spesso preceduto da una forma di dispepsia; il vomito è incalzante solo negli ultimi stadî e spesso è fecale, in rapporto alla frequenza della stenosi nelle parti basse dell'intestino; la distensione si verifica, e la peristalsi visibile è molto frequente; si ha nella media età e nella vecchiaia.

Nell'intussuscezione l'inizio è improvviso; il dolore è violento e parossistico; il vomito si ha di solito all'inizio, ed è tardivo quando si tratta di una forma grave; il collasso è molto accentuato; la eliminazione di muco e sangue per l'ano, la palpazione della caratteristica tumefazione rende la diagnosi facile; si ha nella infanzia.

Nello strozzamento e nell'invaginamento si hanno notevoli varietà di sintomi perchè l'occlusione può essere alta e bassa, ordinariamente del tenue, e può manifestarsi acutamente o gradatamente. Perciò lo shock non è frequente. Il vomito è incalzante se l'occlusione è alta, lo è meno e tende a diventare fecale se l'occlusione è bassa. La distensione tende a diffondersi; c'è talvolta una distensione locale di una piccolo trattlo di intestino o di un'ernia.

Nel volvulo, che si ha nel grande intestino, il vomito di solito è leggero; lo shock è considerevole; la distensione è rapida e può essere enorme.

Dr.

MEDICINA.

La castrazione ovarica radioterapica in certe forme di tubercolosi polmonare.

(R. GUILLERMIN. *Rev. médicale de la Suisse romande*, luglio 1919).

È nota la leggera elevazione di temperatura che accompagna, anche in condizioni fisiologiche, il periodo mestruale e che può in qualche caso raggiungere 1°. Questa reazione termica, che sembra corrispondere all'ovulazione, è variabile, sia per il momento in cui compare, sia per la durata. Alcune donne la presentano 8-12 giorni prima della comparsa delle mestruazioni, altre (ed è il caso più frequente) solo 2-3 giorni prima, e la temperatura ritorna normale con l'apparire dei mestrui. Ad ogni modo ogni individuo ha una curva personale, che si riproduce esattamente ogni mese.

Nelle forme di tubercolosi polmonare fibro-caseosa con attacchi congestizi, la coincidenza di questi ultimi con il periodo mestruale è assai frequente. In molte ammalate, è proprio in tal preciso momento, che interviene la congestione, con o senza emottisi. I rapporti della funzione ovarica con l'evoluzione della tubercolosi polmonare sono in tal caso evidenti, influenzando in senso peggiorativo le lesioni tubercolari. Secondo F. Bezançon l'influenza del periodo mestruale nell'evoluzione della tubercolosi può manifestarsi:

a) con l'aggravamento transitorio della lesione: i fenomeni toracici si esagerano nel periodo premestruale, persistono durante i mestrui, ma si attenuano in seguito, senza che si possa stabilire precisamente se le lesioni siano peggiorate.

b) con aggravamento che persiste dopo il periodo mestruale. Si tratta di ammalate leggermente febbricitanti, che hanno conservato i mestrui, che compaiono regolarmente senza incidenti per parecchi mesi. Ad un dato momento, invece, le mestruazioni si accompagnano ad una considerevole elevazione termica, con brusco aggravamento ed estensione delle lesioni polmonari, terminato il periodo mestruale, la febbre s'abbassa leggermente, e le lesioni rimangono più estese che prima. Tale fenomeno si osserva durante parecchi periodi mestruali, subentrandovi poi un periodo di calma.

c) In altri casi di tubercolosi ad evoluzione molto lenta, si nota, ad un dato momento, un'elevazione termica ad ogni periodo mestruale, con aggravamento delle lesioni, che non retrocedono e si estendono anzi sempre più, finchè l'ammalata finisce *uccisa dai suoi mestrui*. Bisogna aver seguito da vicino alcune di queste malate per convincersi dell'azione implacabile esercitata dai mestrui; alla fine di ogni periodo premestruale, spesso, dopo 10-12 giorni di febbre elevata, la temperatura s'abbassa, l'ammalata sembra migliorare, ma dopo qualche giorno, la febbre risale e le lesioni si accentuano definitivamente.

Tenuto conto di tali rapporti innegabili fra tubercolosi polmonare e funzione ovarica, è stata proposta da taluno l'opoterapia ovarica, per regolarizzare e favorire la funzione mestruale, nella speranza di evitare la sua dannosa ripercussione sullo stato polmonare. In realtà questo metodo di cura dà risultati incoraggianti in qualche caso, mentre invece in altri, l'evoluzione delle lesioni non ha subìto modificazioni. L'opoterapia ovarica può essere tentata in soggetti giovani, tanto più che essa non presenta alcun inconveniente.

Rilevata però l'insufficienza di tale terapia in molti casi, l'A. si è rivolto ad un metodo più efficace, tentando la soppressione completa della funzione mestruale, quando questa eserciti un'azione evidentemente dannosa. Questa soppressione non verrà considerata che in donne di una certa età, poichè le giovani non si adattano alla menopausa

artificiale, di cui sono noti gli inconvenienti. Ora la doppia ovariectomia in una donna con tubercolosi polmonare in via di evoluzione presenterebbe numerosi inconvenienti, fra cui quello della narcosi.

La radioterapia, invece, ci fornisce un mezzo prezioso per ottenere la cessazione della funzione ovarica. Essa non provoca dolore, ha un'azione meno brusca, meno brutale della mutilazione chirurgica, e non presenta alcun pericolo, nè per lo stato dei polmoni, nè per quello generale.

L'effetto inibitore della radioterapia sulle mestruazione può essere graduato in modo da ottenere una soppressione momentanea di essa, ciò che può essere di notevole utilità nelle metrorragie, nell'anemia perniciosa, quando lo stato generale non permetta un intervento chirurgico. La funzione mestruale in seguito si ristabilisce, mentre con un trattamento più prolungato si ottiene la sterilizzazione completa con amenorrea definitiva.

Ad ogni modo però, i metodi di dosamento della radioterapia non sono tanto precisi da esser sicuri di potersi arrestare alla sterlizzazione temporanea. Tale trattamento potrà quindi essere giustificato solo nei casi d'urgenza in cui le metrorragie o la tubercolosi mettano a repentaglio la vita della paziente, mentre non dovrà applicarsi in soggetti giovani con tubercolosi ad evoluzione cronica e prognosi non allarmante.

La migliore indicazione per tale castrazione radioterapica sarà data da tubercolosi polmonare in donne prossime alla quarantina; a tale età, la menopausa artificiale non s'accompagna a fenomeni secondari inquietanti, purchè il medico faccia uso di una psicoterapia adatta.

L'A. riporta quindi le osservazioni cliniche di due tubercolotiche, trattate con questo metodo, l'una con 4, l'altra con 14 sedute, e seguite per parecchi anni. I risultati ottenuti sono nettamente incoraggianti e consigliano di adottare, quando è possibile, la castrazione radioterapica. Nelle forme gravi, che rivestono carattere d'urgenza, essa potrà usarsi anche per le donne giovani. Altrimenti per queste, si tenterà di ottenere soltanto l'inibizione temporanea della funzione ovarica. Che, se, eventualmente, si oltrepassasse lo scopo e si ottenesse la menopausa definitiva, vi sarebbe in complesso il vantaggio di escludere il pericolo di una gravidanza, tanto temibile per la tubercolotica.

A. FILIPPINI.

Nel fasc. 43 a pag. 1261 col. destra, 3° capoverso, linea 11ª leggere 3-4 mm.

Nel fasc. 44 a pag. 1286, col. sin., linea 24ª leggere vomito e singhiozzo; linea 8ª ultima, aggiungere: radiologicamente dimostrabili.

UROLOGIA.

La tubercolosi delle vie urinarie negli attempati.

Gli AA. sono in genere d'accordo nell'affermare che la tubercolosi delle vie urinarie è rara oltre il cinquantesimo anno. Ma essa esiste e bisogna guardarsi dal non riconoscerla.

La maggior frequenza nell'età avanzata di altre affezioni cui poter riferire i disturbi funzionali e le sofferenze degli infermi che per essi ci consultano sono la ragione principale di falsi orientamenti diagnostici.

Lepoutre di Lilla (*La Presse médicale*, 22 settembre 1919) riferisce di un caso di tubercolosi delle vie urinarie in un uomo di 58 anni in cui egli non esitò nella diagnosi, confermata poi dal reperto di bacilli tubercolari nelle urine e dalla prova biologica, perchè aveva presente alla memoria una comunicazione di Rochet di Lione in cui questi confessava, e metteva quindi sull'avviso i medici, di esser restato per molto tempo in dubbio e di aver finito col disconoscere la tubercolosi reno-vescicale in due malati appunto perchè essi avevan varcati i cinquant'anni.

Il fatto che ordinariamente si è lontani dal pensare ad una tubercolosi delle vie urinarie in individui attempati che accusino disturbi nella diuresi e nella minzione ha portato l'A. a studiare con cura la bibliografia esistente sull'argomento ed a risolvere vari quesiti assai importanti.

Dallo spoglio di numerose e sicure statistiche risulta che la tubercolosi renale e vescicale non è decisamente eccezionale dopo il cinquantesimo anno; l'uomo e la donna sono colpiti con frequenza presso a poco identica: le donne un poco più spesso che gli uomini.

Le forme operabili sono eccezionali dopo i 50 anni.

Riguardo alla sintomatologia la forma clinica più frequente è, come nell'adulto, quella con fenomeni vescicali: frequenza e dolore nelle minzioni, senza che nulla abbia precedentemente attirata l'attenzione degli infermi sulla regione renale. Se la capacità vescicale è assai ridotta si giunge, specie nella notte, ad una continua emissione di urina sì da simulare una incontinenza (falsa incontinenza) facile a distinguersi d'altra parte dalla incontinenza per rigurgito dei prostatici. All'esame delle urine si riscontra pus e sangue; talvolta il bacillo di Koch; positiva è l'inoculazione alla cavia.

Un'altra forma pure abbastanza frequente è quella brightica; dopo un periodo più o meno

lungo di fenomeni acuti e netti tutto si è acquietato: anche la piuria è scomparsa e solo la nefrite dell'altro rene ha continuato la sua evoluzione ed ha ucciso il malato.

La forma ematurica sembra che non sia stata mai osservata.

Le malattie che più specialmente possono prestarsi a confusione sono; l'ipertrofia ed il cancro della prostata; la calcolosi vescicale; il cancro della vescica.

Per ciò che riguarda le affezioni prostatiche non può esservi scambio diagnostico con quelle non ancora infettate: pur avendosi in comune la pollachiuria, la disuria e talvolta l'incontinenza si hanno, in queste lesioni prostatiche: urine limpide, presenza di residuo vescicale e, nei casi con rigurgito, iperdistensione marcata della vescica.

Più facile è l'errore nei prostatici infettati: la minzione dolorosa è più marcata, l'urina contiene sangue e pus. Ma il riscontro rettale, l'esame con la sonda, la cistoscopia ove sia possibile praticarla, ci informeranno del volume della prostata, della lunghezza dell'uretra, ecc. D'altra parte si ricerchi se esistano possibili nodi tubercolari nella prostata o se vi sia una epididimite specifica. L'assenza di residuo vescicale in un soggetto che, a prima vista, si è pensato potesse essere un prostatico ci imponga molta cautela prima di pronunciarci: anche i prostatici infettati vuotano assai male la loro vescica. Se inoltre con i mezzi terapeutici appropriati per la cura di siffatte lesioni della prostata non si ottengono miglioramenti o si abbiano anzi dei peggioramenti si pensi ad altra affezione.

Un calcolo sarà facilmente riconosciuto con la esplorazione metallica, la cistoscopia e la radiografia.

Se bene assai più di rado, qualche volta anche il cancro della vescica infettatosi può prestarsi a confusione: la cistoscopia dirime ogni dubbio.

Ad ogni modo quando tra il complesso dei segni ricavati con l'esame dell'infermo e quello delle sue sofferenze si trova alcunchè di anormale o discordante noi dobbiamo esser messi sull'avviso, dobbiamo pensare alla possibilità di una infezione tubercolare: l'esame accurato del sedimento e l'inoculazione alla cavia verranno a confermare il sospetto. La tubercolosi renale è disconosciuta nei vecchi perchè spesso non vi si pensa.

La particolare gravità che la tubercolosi delle vie urinarie presenta nei vecchi non ha sicuri dati esplicativi. Due fatti son certi: che da una terapia sintomatica si possono ottenere buoni effetti sì da permettere una lunga sopravvivenza agli infermi; che le forme operabili sono assai rare e che in genere i risultati operatori sono pessimi.

Le cause d'indole generale (arteriosclerosi, alcoolismo, costante di Ambard elevata) che potrebbero essere invocate a spiegazione del pronostico cattivo dell'intervento, subentrano in realtà anche in altri malati (prostatici, p. e.) in cui i risultati operatori sono incomparabilmente superiori. Gli operati inoltre per tubercolosi delle vie urinarie muoiono o per cachessia o per tubercolosi di altri organi.

Questa prognosi così sfavorevole deve far pensare il chirurgo che voglia ricorrere all'intervento nei suoi malati: solo da un minuzioso e completo esame degli infermi e dalla saggia valutazione, quindi, del quanto di pericoloso e di utile egli debba aspettarsi dall'operazione potranno scaturire gli elementi sufficienti per esprimere un fondato e giusto giudizio.

D. M.

DERMATOLOGIA.

Scleroderma e sclerodattilia.

(Rapporto di un caso e rivista della letteratura).

(REGINALD M. ATWATER. *The Americ. Journ. of the medical sciences*, luglio 1919).

Si tratta di una donna, ebrea, che entrò all'ospedale lagnandosi di rigidità delle articolazioni, particolarmente nelle mani. La malattia era comparsa un anno prima con rigidità nelle spalle. Quattro mesi fa dolore al collo, attorno alle orecchie, più accentuato a sinistra: in genere, durezza particolare sul lato sinistro di tutto il corpo. Nelle parti affette considerevole dolore gravativo, che peggiorava la notte, e aumentò nelle due settimane precedenti l'ingresso. Sebbene la paziente riferisse tutto il male alle articolazioni, deve piuttosto parlarsi di una durezza generale delle estremità, e non di una lesione articolare. L'inizio dell'ispessimento in ogni nuovo punto era stato preceduto da una eruzione pruriginosa, papulare, durata parecchi giorni. Notevole indebolimento, negli ultimi tempi e perdita dell'appetito: all'ingresso risultava notevolmente denutrita. Non si erano presentati durante la malattia sintomi a carico dei sistemi cardiorespiratorio, gastro intestinale, genitourinario, neuromuscolare. Solo, e indipendentemente, nella settimana precedente l'ingresso all'ospedale si era sviluppata una forma di media intensità di influenza.

L'anamnesi familiare, sebbene incompleta, parla

solo di una sorella che parecchi anni fa presentò durezza della pelle: per il resto è negativa. Marito vivente e sano; un aborto; un figlio morto a un anno di età per causa sconosciuta; cinque viventi e sani. L'anamnesi personale non rivela abitudini a caffè alcool o droghe; non speciali occupazioni professionali (donna di casa); non malattie notevoli precedenti a carico dei vari sistemi. Il peso era diminuito da 49 a 40 kg.

Esame fisico. Aspetto caratteristico, riconoscibile a distanza: cute di colorito uniformemente bruno con una peculiare durezza marmorea, associata a lucidità più marcata alla faccia, al collo, ai polsi, alle caviglie e alla parte bassa del dorso: netta somiglianza con la cute di un cadavere. Faccia senza espressione. Modica tumefazione delle dita delle mani in contrasto con l'atrofia degli interossei; estremità delle dita ispessite e accorciate, come mozzate. I polpastrelli, invece, ricoperti da pelle leggera e pallida; aree di cute pallida anche sulle articolazioni delle falangi, le cui pliche sono meno marcate del normale. È quasi impossibile sollevare una piega di cute sulle mani. Le palme delle mani presentano lieve grado di pigmentazione brumasta e le linee sono più marcate e pigmentate.

Flessione delle dita limitata dallo ispessimento cutaneo. Questo è minore nella parte superiore delle braccia e sulle superfici flessorie. Lo stesso tipo di pelle si trova sulla faccia, sul collo e in minor grado sulle caviglie e sui piedi. Le dita dei piedi rassomigliano in minor grado a quelle delle mani: nessuna alterazione delle unghie dei piedi, mentre quelle delle mani presentano lieve ispessimento (una di esse assai più delle altre) e corrugazioni lineari.

Capelli un poco ruvidi; mucose alquanto pallide; non pigmentazione buccale; denti poco sviluppati. Non linfoghiandole palpabili. Nei polmoni, i rantoli medi del tipo influenzale. Nulla al cuore. Piccola sclerosi vasale. Non ipertensione. Addome; estremità; riflessi: negativi.

L'urina non presentò albumina o zucchero in tre esami, sebbene furono trovati pochi cilindri ialini e granulosi, e leucociti. Emoglobina 50. Ernazie 3.400.000; leucociti 8-9000 con 66% polinucleati, 28 % linfociti piccoli, 5 % mononucleati grandi e 1 % eosinofili. Negativo l'esame delle feci. Negativa la reazione di Wassermann.

L'esame radiografico mostrò netta atrofia ossea e assenza delle estremità delle falangette delle quattro ultime dita di ambedue le mani e distruzione parziale della stessa falange di ambedue i pollici. Reperto negativo del cranio e della sella turcica.

Esame istologico di un frammento di cute sclerosata tratto dal dorso: corion notevolmente ispessito con denso tessuto connettivo; epidermide di spessore normale con accumuli di pigmento nello strato basale maggiori della media; il connettivo sottoepidermico delicato; il sottocutaneo apparentemente normale, con tralci connettivali, fra i lobuli di grasso, un poco più spessi; nessuna alterazione dei follicoli, delle ghiandole, dei vasi, dei nervi.

Durante la degenza in ospedale (che durò una settimana) si notò: oscillazioni del polso fra 80 e 130 senza causa apparente; normale risoluzione dei fatti influenzali; comparsa di una eruzione che la paziente affermò simile alle altre sopra citate, precedenti l'ispessimento della cute, in un sopracciglio: consistente in pochissime papule di colore brunastro su una base leggermente arrossata. Tentativi di cura con bagni e massaggi non ottennero risultato. Similmente la terapia tiroidea; che fu continuata anche per due mesi; dopo i quali la paziente aveva piuttosto peggiorato.

***

Nella letteratura l'A. ha trovato 15 casi in cui è fatta particolare menzione di sclerodattilismo: piccola parte senza dubbio del totale dei casi di scleroderma, molti dei quali sono di fatto complicati da sclerodattilia. Trentaquattro anni fa Lewin e Heller riunirono 500 casi di scleroderma e da allora molti altri ne sono stati citati.

Il primo studio radiografico risale a Fordyce (1907). Questo e altri successivi parlano tutti di deformità, atrofia o scomparsa delle falangi terminali nelle mani e molto più raramente dei piedi: sembra che tale lesione sia proporzionata alle modificazioni sclerodermiche nelle mani e nei piedi, sebbene il processo sia affatto indipendente. Nella serie di Osler un caso mostrò atrofia di tutte le ossa dell'arto superiore sinistro, compresa la scapola. Uno dei casi di Weber mostrò nette alterazioni atrofiche delle ossa della faccia; sulla quale la cute presentava una estesa sclerosi.

L'età più comune fu dai 50 ai 60 a.: è citato un caso di un bambino di un anno. È netta la frequenza nella razza Ebraica. Frequente l'associazione coi sintomi del morbo di Raynaud e dell'arterite obliterante.

Pollitzer riferisce di ossificazioni della pelle e Olsen di concrezioni calcaree.

Fox in una rivista del tipo sclerodattilico di scleroderma trova una tolleranza al glucosio nettamente diminuita.

Un rapporto colla sifilide sembra doversi escludere data l'alta percentuale di reazioni di Wassermann negative.

SEBASTIANI.

MEDICINA SOCIALE.

La Croce Rossa Italiana nell'assistenza ai militari tubercolosi (*).

Colonnello BADUEL prof. CESARE, capo dell'Ufficio Provvidenze Sanitarie Sociali della C. R. I.

L'O. parla a nome della C. R. I. sull'*assistenza ai militari tubercolosi*. Ricorda come nella precedente Conferenza di Londra sia stato relatore sullo stesso tema insieme al collega magg. dr. Mendes, anche per la parte di assistenza data dal Corpo Sanitario Militare a questa categoria di ammalati. Perciò dirà poche parole destinate ad aggiornare l'opera dell'Associazione ed a tracciarne il programma futuro.

Fin dal 1916 la C. R. I. allestiva l'Istituto Climatico di Bergeggi nella Riviera Ligure, che ricoverò i primi militari tubercolosi.

Da allora ben 11 istituti sorsero a questo scopo divisi in *Istituti Climatici* per le forme pretubercolari e per le forme glandulari e ossee; *Sanatori* per le forme al primo stadio di tubercolosi polmonare e comunque suscettibili di cura e di guarigione; essi possedevano le risorse di clima e di ambiente propizi per la cura sanatoriale; *Ospedali Regionali* per il concentramento e per una prima sosta dei tubercolosi ospitalizzati; *Sezioni speciali per tubercolosi gravi*.

La Direzione di Sanità Pubblica ha concorso a tali provvidenze, concedendo un cospicuo numero di baracche destinate ad aumentare la disponibilità di ricovero per 370 letti e che furono quanto mai opportune.

Questa vasta organizzazione ha funzionato durante tutta la guerra con una disponibilità di circa 2500 posti letto e la tabella che segue ne riassume i dati dalla loro apertura al 30 settembre u. s.

Sede	Numero dei ricoverati	Numero delle giornate di degenza
Istituti climatici.		
1. Bergeggi (Genova)	3583	13.556
2. Fara Sabina (Roma)	1528	30.570
3. Marina di Massa (Firenze)	1500	28.173
Sanatori.		
4. Cuasso al Monte (Milano)	837	26.574
5. Eremo di Lanzo (Torino)	627	11.204
6. Villa Zoubaloff (Firenze)	1467	18.586
7. Dormitorio Pubblico (Cagliari)	75	1.149
Ospedali regionali.		
8. Teresiane (Firenze)	2152	41.899
9. Buon Pastore (Catania)	7126	127.620
10. Bentivoglio (Bologna)	destinato ai riformati non fu utilizzato.	
Reparto per tubercolosi gravi.		
11. S. Gaggio (Firenze)	3182	28.513

(*) Comunicazione alla Terza Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra.

I militari tubercolosi assistiti durante la guerra ascendono perciò a 20.086 con 327.844 giornate di degenza.

***

Oggi è ridotta a 5 Sanatori di cui 3 di proprietà dell'Associazione: Fara Sabina, Eremo di Lanzo, Cuasso al Monte.

Altri se ne apriranno: uno a Napoli nella ridente plaga di Pozzuoli, un altro nelle terre redente; essi sono destinati a continuare la nostra opera benefica che durante la guerra incominciò e si svolse in pro dei nostri gloriosi combattenti, che attualmente si estende ai riformati, e che è destinata in un lontano avvenire ai bisogni della popolazione civile.

La C. R. I. nel suo programma di assistenza ai tubercolosi limiterà le proprie iniziative alla fondazione e gestione di Istituti Sanitari a tipo sanatoriale, destinati alla popolazione povera, limitandole a quel numero che sia compatibile con le sue risorse economiche e con le locali esigenze antitubercolari, cercando nel suo programma di lotta antitubercolare non di sovrapporsi ad altre iniziative, ma di integrarle. Essa intende di costituire con i locali cespiti della beneficenza una dotazione per ciascun Sanatorio perchè serva in un primo tempo alla costituzione di letti gratuiti per tutta la disponibilità dei posti-letto.

Questa opera di assistenza ai tubercolosi è stata completata da iniziative antitubercolari di minore importanza ai fini della lotta stessa, nelle quali prevale un giusto concetto di difesa preventiva alle malattie e mira altresì alla protezione dell'infanzia predisposta. Così ha istituito dei dispensari antitubercolari, degli asili-scuola, scuole all'aperto, colonie profilattiche estive. I dispensari, sopratutto, saranno grandemente sviluppati ed integreranno l'opera dei Sanatori.

La C. R. I. nell'aprile 1918 lanciò una sottoscrizione nazionale per l'assistenza ai tubercolosi e per la lotta antitubercolare. L'O. dice che non potrebbe chiudere questa brevissima esposizione in modo migliore che annunziando che essa ha già oltrepassato i 12.000.000 e che quanto prima verrà ripresa ed intensificata. Detta somma fu raccolta in Italia e dalle nostre Delegazioni all'Estero fra Italiani, il che è argomento di legittimo orgoglio, e dimostra anche la fiducia nella nuova orientazione della C. R. I.

L'O. distribuisce ai convenuti una relazione sull'assistenza ai militari tubercolosi e sulla lotta antitubercolare e su altre forme di attività della C. R. I. in tempo di pace.

STRUMENTI E APPARECCHI NUOVI.

GABINETTO RADIOLOGICO
DELL'OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI.

Sulla cura delle pleuriti purulente.

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI, direttore del Gabinetto.

Lo scoglio generico di tutti i processi che si riattaccano alla toracentesi, è stata sempre la impossibilità di estrarre tutto il versamento, che è una delle condizioni indispensabili per ottenere la guarigione dell'empiema. Le cause di questo fatto sono di due ordini: fisiche e fisiologiche. Le prime, già rilevate dal Bouchut fin dal 1871, e poscia più minutamente esposte dal nostro Forlanini, consistono in ciò, che quando le pareti del cavo pleurico sono rigide, si arriva a un punto dell'aspirazione in cui, indotta nel cavo medesimo una pressione negativa eguale a quella che si può indurre nell'aspiratore, diviene fisicamente impossibile di estrarre più fluido dal cavo ripetuto. Più importanti sono le cause fisiologiche.

La rapida diminuzione della pressione intrapleurica porta seco un certo numero d'inconvenienti e di veri pericoli, che furono notati fin dai primordii del metodo aspiratorio, e che, enumerati per ordine di gravità, sono: senso di costrizione al petto, dolore, tosse stizzosa, espettorazione albuminosa, congestione polmonare, edema polmonare, convulsioni, asfissia, apoplessia, sincope, morte. Da essi nacque il precetto scolastico di non estrare in una seduta mai più di un litro di liquido: precetto che più razionalmente va trasformato nell'altro, di non estrarre liquido mai oltre i primi segni d'intolleranza. Arrivato a questo punto, in un modo solamente può l'operatore continuare l'estrazione del liquido, cioè aumentan dola pressione pleurica, che è quanto dire facendo penetrare nella pleura un altro fluido che prenda il posto del pus.

Partendo da quest'ordine d'idee, Roser il primo propose d'iniettare aria; Hoppe Seyler, dopo, acqua. Ad eccezione di Potain e di Parker, tutti gli autori che hanno seguito Roser o Hoppe Seyler estraggono prima il versamento sino a tolleranza, indi iniettano il fluido prescelto, continuando così alternativamente fino a che tutto l'essudato sia uscito. I loro processi però, comunque varii nella tecnica e nei mezzi, sono passibili tutti di una critica comune: ed è che essi, a buon conto, non riescono che a delle alternative di aumenti e diminuzioni nella pressione intratoracica. Ora i pericoli che tengono dietro ai rapidi aumenti sono anche più gravi di quelli che accompagnano le diminuzioni; ed è per questo che le lavande pleuriche sono tanto temibili, perfino nei pleurotomizzati. Perchè, in effetti, nemmeno a torace aperto si può evitare che l'iniezione di liquido induca un aumento di pressione; e Goggans, in un suo notevole lavoro, riporta varii casi di morte istantanea, prodotta direttamente dalla lavanda.

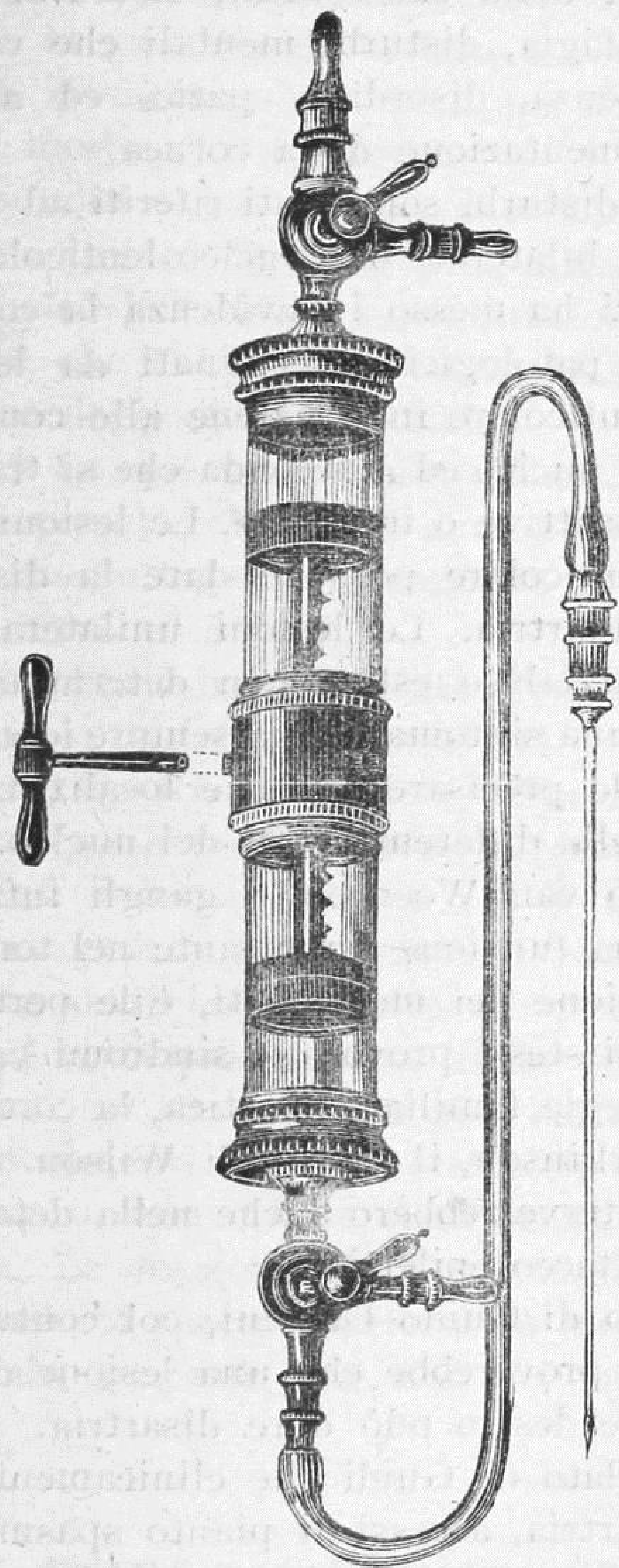
Ho eccettuato i processi di Potain e di Parker perchè sono i soli che abbiano cercato di rendere l'uscita del liquido indipendente dalla pressione intrapleurica, adottando il principio della *aspirazione* e *iniezione simultanee*. Potain infilava due tubi nella parete toracica: per l'uno, lasciava defluire il versamento, mentre per l'altro affluiva un liquido antisettico, che sostituiva il volume del versamento. Parker eseguiva anche lui due fori, i quali mettevano il cavo pleurico in comunicazione l'uno con l'aria esterna, l'altro con l'aspiratore: ne seguiva che ad ogni colpo di aspirazione penetrava nel torace un volume di aria eguale al volume di liquido estratto. La realtà di questi due meccanismi si può dimostrare *in vitro*, applicando i due processi a una bottiglia ermeticamente chiusa, in rappresentanza della cavità pleurica.

In questa però bisogna tener conto di un altro fattore: i moti respiratorii, i quali turbano radicalmente l'azione dei due processi. Cosa avviene infatti nel processo Potain? Nella inspirazione, il liquido antisettico affluirà in copia maggiore, sollecitato com'è, oltrechè dal proprio peso, dalla diminuzione di pressione nella cavità pleurica; per converso e per le stesse ragioni, il versamento o non uscirà, o uscirà in volume inferiore all'acqua penetrata.

Nell'espirazione avviene l'inverso: l'aumentata pressione intrapleurica spingerà fuori il liquido contenuto nel cavo, ma respingerà pure o almeno impedirà l'afflusso del liquido antisettico. In sostanza, il processo finisce per ridursi anch'esso a degli alternativi aumenti e diminuzioni di pressioni.

Gli stessi difetti, benchè in un grado minore, si trovano nel processo di Parker. Senza dire che l'idea di convertire l'empiema in pneumotorace non sembra, dal punto di vista patologico, molto felice; perchè il modo più comune di guarigione dello pneumotorace è proprio quello di provocare in primo tempo una trasudazione fluida, la quale, nel caso di empiema, non potrebbe non essere purulenta.

Guidato dal medesimo principio di Potain e di Parker, io ho fatto costruire un aspiratore speciale, il quale realizza con esattezza matematica



la *estrazione dei versamenti pleurici indipendente dalla pressione intratoracica*, e permette di eseguire la più perfetta lavanda della pleura non solo senza pericolo ma perfino senza il più piccolo disturbo del paziente.

Come si vede dall'annessa figura, l'apparecchio consta essenzialmente di due trombe aspiranti e prementi, di eguale capacità, unite insieme in guisa che non possano funzionare l'una indipendentemente dall'altra, e che quando l'una aspira, l'altra prema. A tal fine i due corpi di pompa sono per le loro estremità riunite a un cilindro, il quale accoglie una ruota dentata, che s'ingrana con l'unica asta dentata a cui sono fissati i due stantuffi. Una chiave a *T* serve a imprimere agli stantuffi dei movimenti a destra e a sinistra. Da questa disposizione si vede che mentre l'una tromba aspira, l'altra preme; e poichè l'aspirazione e l'iniezione sono simultanee, e il volume aspirato è eguale a quello premuto, l'apparecchio, agendo sopra una cavità chiusa, *non ne altererà menomamente la pressione iniziale*.

La differenza capitale fra il mio apparecchio e tutti gli altri aspiratori consiste in ciò, che con questi si può bensì aspirare e iniettare, ma in due tempi successivi; mentre che il primo realizza le due opposte manovre nella stessa unità di tempo, senza un *prima* e un *poi*.

La manovra dell'apparecchio va condotta come segue:

Accertata la diagnosi con una puntura esplorativa, si configge un trequarti nel punto prescelto del torace, facendogli descrivere un cammino leggermente obliquo verso la cavità; si ritira il punteruolo, e ci si assicura con una modica aspirazione di essere in cavità. Indi, a distanza di quattro o cinque dita, si configge un altro trequarti nello stesso o in altro spazio intercostale viciniore, facendo percorrere anche ad esso un cammino leggermente obliquo, ma in senso opposto all'altro; ritirato il punteruolo, ci si assicura anche qui di essere in cavità.

Ciò fatto, si mette in comunicazione uno dei trequarti con una tromba dell'apparecchio, e si aspira dolcemente il pus fino ai primi segni d'intolleranza. Allora si riempie l'altra tromba del liquido da lavanda, vi si attacca l'altro trequarti, e si mette in comunicazione questa stessa tromba (destinata, dunque, alla iniezione) per l'altro suo foro col liquido da iniettare. Dopo di che, non resta che spingere alternativamente gli stantuffi a destra e a sinistra, manovrando i rubinetti convenientemente, fino a che il liquido che esce dalla pleura sia limpido come quello che vi s'inietta.

Terminata l'operazione, si eseguono punture esplorative in altri siti del torace; se s'incontra ancora del pus che dinoterebbe una sacculazione dell'empiema, si ripete in quel punto la stessa operazione

L'operazione non apporta all'infermo verun'altra molestia, all'infuori delle due piccole punture; e si ripete al bisogno. C'è egli bisogno di far rilevare la sua superiorità rispetto alla pleurotomia? Prima di tutto, questa è un'operazione ben grave, di fronte alle semplicissime punture che richiede il mio processo; poi, non mantiene in pressione negativa la cavità pleurica, venendo così non solo ad ostacolare la *restitutio in integrum* della funzionalità polmonare, ma altresì a ritardare la guarigione del processo suppurativo. Il vantaggio capitale della pleurotomia consiste nel completo vuota-

mento del pus; ma esso si ottiene, come si è visto, anche col mio processo. Da ultimo, questo non espone l'infermo a nessun pericolo, nè operatorio nè consecutivo (*setticemia pleurica*, non rara dopo la pleurotomia), e permette di operare in una sola volta anche gli empiemi sacculati e i bilaterali, cosa che non sarebbe prudente fare con la pleurotomia. Con poche parole, il processo da me descritto realizza tutte le indicazioni terapeutiche meglio della pleurotomia, ed è indicato anche nei casi in cui è controindicata la pleurotomia.

* * *

In riassunto, *la cura* propriamente detta *delle pleuriti purulente* deve, come regola generale, essere costituita dalla lavanda e disinfezione della cavità pleurica, eseguite fuori il contatto dell'aria, e precedute e seguite dall'estrazione del liquido fino a tolleranza subbiettiva dell'infermo. *Questa operazione si esegue nella maniera più perfetta e più sicura mediante il mio apparecchio.*

Le complicazioni delle pleuriti vanno trattate secondo il paradigma seguente:

1º Pus denso, che non traversi la canula del trequarti: — *pleurotomia;*

2º Localizzazioni in punti inaccessibili al trequarti: — *pleurotomia,* completata all'occorrenza da *resezioni ossee;*

3º Polmone immobilizzato da pseudomembrane: — *pleuroplastica,* secondo la proposta del Délorme (escissione delle pseudomembrane);

4º Polmone raggrinzito: — *toracoplastia,* da suddistinguere secondo i tre processi principali di Subbotin, di Estländer, e di Schede, cioè:

a) raggrinzamenti piccoli: *processo di Subbotin* (frattura di una o più costole, che permette l'appiattimento della parete toracica);

b) raggrinzamenti medii: *processo di Estländer* (estirpazione di costole);

c) raggrinzamenti massimi: *processo di Schede* (escissione di parte della intera parete toracica, cioè parti molli e parti ossee).

Chieti, 4 maggio 1919.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il morbo di Wilson.

Camus (*Paris médical,* 1919, n. 40) fa un'esposizione critica dei più recenti contributi alla conoscenza di questa sindrome. Il morbo di Wilson è caratterizzato da una sintomatologia complessa: tremori, movimenti atetosici, stato spastico con contratture e clono (senza vere paralisi e disturbi della sensibilità), disordini della favella, disfagia, disturbi mentali che vanno fino alla demenza, disordini epatici ed alterazione della pigmentazione della cornea.

Questi disturbi sono stati riferiti ad una degenerazione bilaterale del nucleo lenticolare.

Righetti ha messo in evidenza la complessità dei fatti patologici determinati da lesioni del nucleo lenticolare in relazione alle compressioni di questo nucleo ed a seconda che si tratta di lesioni distruttive o irritative. Le lesioni pure del nucleo lenticolare possono dare la disartria ed anche l'anartria. Le lesioni unilaterali o bilaterali, parziali o estese non determinano clinicamente una sintomatologia sempre identica. Non è possibile precisare le varie localizzazioni funzionali delle differenti parti del nucleo.

Secondo van Woerkom i gangli infracorticali hanno una funzione importante nel tono e nella coordinazione dei movimenti, e le perturbazioni dei gangli stessi provocano sindromi varie, come la paraplegia familiare spastica, la corea, il morbo di Parkinson, il morbo di Wilson. Gli stessi gangli interverrebbero anche nella determinazione dell'attacco epilettico.

Un caso di Guido Garbini, col controllo della autopsia, proverebbe che una lesione del nucleo lenticolare destro può dare disartria.

Un malato di Guidi che clinicamente presentava disartria, accessi di pianto spasmodico con decadimento mentale e paresi bilaterale degli arti, all'autopsia dimostrò una lesione bilaterale del *putamen.*

Le lesioni epatiche non sono costanti nel morbo di Wilson. Cadwalader non le trovò in due casi, mentre in un'altra osservazione in un individuo affetto da cirrosi epatica notò tremori, fenomeni spastici agli arti, disartria, depressione; all'autopsia si trovarono focolai di rammollamento nel nucleo lenticolare.

Anche John-Jenks Thomas pensa che le lesioni del nucleo lenticolare non provocano sempre una sintomatologia identica e che in ogni caso bisogna tener presente che le alterazioni anatomiche molto spesso oltrepassano il nucleo

per invadere anche la capsula interna. In tre ragazzi della stessa famiglia constatò sintomi analoghi a quelli del morbo di Wilson, ma il tremore era intenzionale, i muscoli della faccia erano intatti e per di più vi erano sintomi evidenti di lesione delle vie piramidali. L'affezione aveva un decorso progressivo, esistevano disturbi mentali come nel morbo di Wilson, ma mancavano le lesioni epatiche.

Pollock ho osservato due casi di morbo di Wilson verificati con l'autopsia. Egli crede che la lesione dei nuclei lenticolari dà una vera sindrome che varia con l'età dei pazienti. Nei ragazzi si avrebbe la malattia di Wilson o pseudo-sclerosi infantile ereditaria, nei vecchi una sindrome analoga al morbo di Parkinson.

D'Abundo in base a ricerche sperimentali ha sostenuta la idea che il talamo, il nucleo caudato ed il nucleo lenticolare siano funzionalmente associati e che l'atrofia del talamo determini una ipertrofia degli altri due nuclei.

Spiller ha osservato tre fratelli e sei sorelle affette da pseudo-sclerosi ed ammette che vi siano delle analogie tra questa malattia ed il morbo di Wilson.

Ernesto Carla ha pubblicato il caso di una malata di 27 anni, che a 16 anni già presentava rigidità degli arti inferiori. Questa rigidità aumentava con i movimenti ed arrestava anche i movimenti iniziati. Oltre a ciò si notava: tremori, retropulsione, contratture. Non si notava alcun segno di lesione delle vie piramidali. La malata al principio presentò anche sudori, vomiti, salivazione. Mentalmente però era integra; non aveva movimenti coreici o atetosici, non tremori della lingua, non crisi epilettiformi, non lesioni epatiche. La reazione di Wassermann positiva. Il trattamento specifico determinò miglioramento dello stato generale, ma non dei fatti nervosi.

dr.

I disturbi motori d'ordine riflesso e le contratture periferiche.

Fragnito (*Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia*, vol. XI, n. 3-4) fa un'ampia, acuta revisione critica delle quistioni riguardanti i così detti disturbi fisiopatici o di origine riflessa. In queste sindromi sono stati a torto compresi tipi di contratture già noti clinicamente prima che Babinski e Froment mettessero in evidenza e studiassero con tanta minuzia ed accuratezza le strane forme nervose alle quali dettero il nome di fisiopatiche. Nella gran massa delle forme morbose, scrive Fragnito, che non si presentano sotto l'aspetto ordinario delle malattie organiche del sistema nervoso, nè delle pure manifestazioni nervose e che sono state raccolte sotto la denominazione provvisoria di «disturbi motori d'ordine riflesso», bisogna innanzi tutto sceverare tre categorie di contratture, le neuritiche, le miogene, le articolari, le quali rispondono a forme cliniche già ben delineate nella patologia. Queste contratture devono ritenersi di natura riflessa nel senso indicato da Charcot e Vulpian.

Le contratture neuritiche colpiscono esclusivamente il territorio muscolare del nervo leso se sono dirette, o da esso si irradiano ai muscoli contigui se sono riflesse. Queste contratture sarebbero determinate per eccitazione diretta delle fibre di moto provocata da processi nevritici sia pur lievi e qualunque ne sia la origine, traumatica, infettiva, reumatica.

Le contratture miopatiche si limitano al muscolo o al gruppo muscolare irritato, o, pur raggiungendo in questo la massima intensità, si estendono anche a muscoli non direttamente colpiti. Si tratterebbe di una contrattura provocata da stimoli operanti sui muscoli. Queste contratture miogene, già note in nevropatologia, possono essere determinate sia da processi anatomopatologici evidenti, sia da lesioni non apprezzabili.

Le contratture artrogene, le più comuni e le più note, interessano innanzi tutto i muscoli periarticolari, con differenza di intensità tra estensori e flessori, forse anche tra monoarticolari e poliarticolari, estendendosi poi, in certi casi, anche a muscoli più lontani.

In tutte le forme suddette si scorge una regola, se non rigorosa per lo meno approssimativa, sia nella causa, sia nella distribuzione dei disturbi, regola che è sempre sufficiente per un orientamento diagnostico.

La mancanza invece di qualunque norma distributiva, di qualsiasi correlazione tra la regione colpita dal trauma e la forma e la estensione della contrattura o della paralisi a cui questo dà luogo, caratterizza la quarta categoria di «disturbi motori d'ordine riflesso». Le quali paralisi e contratture della quarta categoria, per questo modo irrazionale di manifestarsi, per questa paradossolità di contegno e per l'attitudine mentale dei soggetti nei quali appaiono, spingono verso la ipotesi dell'isterismo. Contrasterebbero a tale ipotesi la coesistenza dei fenomeni vasomotorio-trofici e la resistenza delle forme stesse alla terapia in genere ed alla suggestione in particolare. Ma tali fatti non possono togliere alle contratture e paralisi la impronta che loro conferisce la detta paradossolità. Appare quindi legittimo pensare ad un'as-

sociazione istero-fisiopatica, ossia ad un'associazione di fenomeni nella quale il disturbo motore prevalente sarebbe di natura isterica, mentre i sintomi trofici e vasomotori sarebbero di natura riflessa.

dr.

La sindrome sensitiva corticale.

Podestà (*Quaderni di psichiatria,* 1919, n. 9-10) ha osservato sette casi di questa sindrome e li ha studiati confermando le vedute di autori che già si erano occupati dello stesso argomento.

Mentre le nostre conoscenze sulle localizzazioni motorie cerebrali sono abbastanza precise, quelle sulle localizzazioni sensitive sono ancora incerte. E ciò sopratutto perchè, per ovvie ragioni, non si è potuto sfruttare al riguardo la sperimentazione sugli animali. Tuttavia i risultati di ricerche embriologiche, istologiche e cliniche concorrono a dimostrare che la parietale ascendente o rolandica posteriore costituisca prevalentemente l'area sensitiva corticale.

Dejerine fu il primo a precisare i caratteri della sindrome sensitiva da lesioni corticali distinguendola da quella dipendente da lesioni del talamo e del tronco encefalico.

Quando la zona sensitiva corticale è lesa, scrive Dejerine, si osserva di solito: alterazione notevole del senso di attitudine (movimenti attivi e passivi), del senso di localizzazione, del senso di discriminazione tattile, con ingrandimento talvolta notevole dei circoli di Weber. La percezione stereognostica è sempre alterata e spesso esiste un'astereognosia assoluta. La sensibilità tattile invece è solo leggermente compromessa. La sensibilità dolorosa e termica è poco colpita e può anche rimanere intatta. Lo stesso non si ha per la sensibilità dolorosa alla pressione delle masse profonde e per la sensibilità vibratoria. L'atassia può essere presente. Come in tutte le forme di emianestesia cerebrale i disturbi diminuiscono d'intensità rimontando dalla periferia verso la radice dell'arto.

Successivamente lo stesso Dejerine descrisse una nuova sindrome sensitiva corticale, nella quale le sensibilità superficiali e profonde possono essere dissociate nel senso che mentre le sensibilità dolorifica, termica e vibratoria sarebbero notevolmente alterate, resterebbero normali quasi tutte le altre sensibilità.

Questa possibilità di disassociazione delle sensibilità parlerebbe in favore di una localizzazione di funzioni elementari, ossia che le singole sensibilità superficiali e profonde sarebbero localizzate in aree differenti.

L'A. ha potuto osservare sette casi di sindrome sensitiva corticale in soldati feriti alle regioni parietali ed è venuto alle seguenti conclusioni:

1. Per vaste lesioni si ha alterazione di tutte le sensibilità.
2. In un caso furono alterate le sensibilità superficiali e profonde, ma apparve conservata la sensibilità termica.
3. Talora si mostrano lese solo le sensibilità superficiali.
4. In un caso si ebbe disassociazione della sensibilità dolorifica dalla termica e dalla tattile e delle superficiali dalle profonde.
5. Quando sono lese le regioni vicine a quelle di senso, la sensibilità è intatta.

Tenendo conto anche delle osservazioni precedentemente pubblicate, l'A. ritiene che il complesso dei dati clinici ed anatomici parli per una localizzazione delle singole forme di sensibilità. E poichè nelle regioni centrale posteriore e parietale esistono aree e campi distinti cito- e mielo-architettonici, le cui lesioni determinano alterazioni delle funzioni di senso, è logico supporre che ad ogni campo corrisponda una data forma di sensibilità. Gli elementi finora raccolti non consentono tuttavia di attribuire a determinate aree le singole sensibilità elementari.

dr.

Cura medica e chirurgica delle nevralgie facciali ribelli.

È necessario anzitutto precisare se si tratti di nevralgia essenziale o sintomatica. Non sono essenziali le nevralgie che dànno dolore continuo, senza tregua, anestesia cutanea o mucosa e che si associano a fenomeni di eccitazione o paralisi dei nervi cranici o di tutte tre le branche del trigemino. Per una diagnosi completa si ricorrerà inoltre all'esame dell'occhio, del naso, dell'orecchio, dei denti, dei seni, alla reazione di Wassermann, al dosamento dell'urea nell'urina e nel sangue.

Come cura medica è necessario anzitutto sopprimere ogni causa di intossicazione, raccomandare vita regolare igienica, somministrare bromuro di sodio (4 gr. al giorno) ed anche, moderatamente, degli analgesici (piramidone, antipirina, ecc.).

Come *cura chirurgica,* si è fatta la nevrectomia, o la resezione del ganglio di Gasser; quest'ultima operazione non è scevra di pericoli od inconvenienti, e lascia inoltre una cicatrice deforme.

Il Sicard ha consigliato di *fissare* il nervo in un punto quanto più possibile vicino alla sua uscita dal cranio mediante iniezione di alcool, nel tronco stesso. È necessaria però una tecnica

precisa, ciò che è tutt'altro che facile, occorre esercitarsi prima sul cadavere, iniettando inchiostro di China e controllando se il liquido ha raggiunto il tronco nervoso.

Si fanno iniezioni di 1-2 cc. di alcool a 70-90 gradi; se ne possono fare anche cinque in una seduta anestetizzando così parecchi tronchi nervosi; dopo 15 giorni si può ripetere la seduta.

L'iniezione è spesso dolorosa, ma il dolore dura poco. Possono poi presentarsi varî inconvenienti; così p. e. l'alcool può penetrare in un vaso sanguigno con necrosi conseguente di zone di cute e di mucosa.

Il pericolo si evita osservando se prima della iniezione fuoriesce sangue dall'ago. Più raramente si provoca paralisi oculare e facciale, per una direzione errata dell'ago che tocca un tronco nervoso diverso da quello che si vuole raggiungere. Per evitare questo pericolo, si praticherà dapprima un'iniezione di novocaina al 2 % con adrenalina. In tal modo non solo si diminuisce il dolore della successiva iniezione di alcool, ma si vede comparire paralisi od anestesia transitorie nel tronco nervoso toccato; se dopo 1/4 d'ora tali fenomeni non si sono verificati in tronchi nervosi diversi da quello che si vuole curare, si può procedere all'iniezione di alcool. Costante è, dopo l'iniezione di alcool, l'edema locale, che scompare in 15 giorni.

Il successo è sicuro, quando si può penetrare nel tronco nervoso in corrispondenza del foro di uscita, e quindi nello stesso canale osseo.

Se l'anestesia tattile, calorifica e dolorifica nelle zone tributarie del nervo è completa, si avrà guarigione di lunga durata. Le iniezioni vanno ripetute ogni 18 mesi.

Labouri (*Bullet. médic.* 1919 n. 30) ha ottenuto, con una o due iniezioni, guarigioni rapide in alcuni casi da lui recentemente trattati.

l. b.

Nell'emicrania.

M. Neustaedter consiglia evacuazioni intestinali giornaliere, dieta blanda, non stimolante, facilmente digeribile, proscrivendo l'uso di conserve alimentari, abitudini regolari di vita.

Come medicina prescrive l'estratto di tiroide a dosi di 6-15 mg., nell'ipotesi che l'affezione sia provocata da un eccesso di secrezione nel plesso coroide del ventricolo laterale del lato affetto, in seguito a disturbi vasomotori. Con tale cura, i casi ribelli alla cura comune con preparati sintetici e con salicilati, hanno notevolmente migliorato, distanziandosi gli intervalli fra gli attacchi, che si sono fatti più leggeri e sono finalmente scomparsi. La cura con la tiroidina era già stata preconizzata da Levi a dosi da 5 mg. fino a 2 cg. al giorno, diminuendo poi gradatamente, mano mano che si delinea il miglioramento.

fil.

Condotta pratica da tenersi con gli agitati.

Il medico pratico può trovarsi a dover prestare il proprio soccorso ad un agitato, sia per mettere in opera il trattamento di urgenza, sia allo scopo di permetterne il trasporto in uno stabilimento speciale. È necessario anzitutto (H. Codet. *Journ. d. Praticiens,* 20 sett. 1919) non lasciare in sua presenza che le persone strettamente indispensabili, tanto più che molti di tali ammalati conservano una grande sensibilità nella facoltà di osservazione. Essi hanno inoltre un senso nettissimo, che permette loro di apprezzare il timore di chi li circonda. Occorre quindi trattarli con calma, con fermezza, senza modi bruschi.

Talvolta si potrà stabilire abbastanza facilmente la causa dell'agitazione anormale: p. e. in presenza di una semplice crisi isterica, di una malattia febbrile (*ricordare di prendere sempre la temperatura!*). Si cercherà altresì l'eventuale stato di ebbrezza (alcool od altro) e pensando alla possibilità di *delirium tremens;* talora si può trattare di un epilettico, sia in un accesso isolato, sia in stato di male comiziale.

Il più spesso però non si potrà precisare subito una diagnosi, per sapere se si tratti di mania acuta, demenza precoce, o senile, crisi ansiose, demenza paralitica, ecc.

Checchè ne sia, si eviterà di lasciare a portata del malato oggetti fragili o pericolosi, si sorveglieranno i focolari accesi. Si tenterà di far coricare l'ammalato, ciò che spesso riesce e lo calma.

Quando è possibile, si ricorra al bagno (28°-34°), in una bagnarola ben fissa ed eventualmente coperta per impedire che l'ammalato ne esca. D'altronde se gli si lascia addosso una camicia lunga, la sensazione di freddo provata all'uscita dal bagno tiepido, lo incita a rientrarvi.

Il bagno può durare 3-6 ore ed anche più, quando si possa alimentare il malato nel bagno stesso. Per evitare le sincopi, si metterà sulla testa una salvietta bagnata con acqua fredda.

Nel *delirium tremens* si ricorrerà ai bagni freddi (18°) per 6-12 minuti, seguiti da frizioni energiche del corpo. Meno efficace come sedativo è la doccia da farsi in pioggia, a 18°-24°, a debole pressione, per una mezz'ora. In mancanza di questi mezzi, si ricorrerà all'impacco umido, per un'ora, accompagnato da frizioni sul corpo, coperto con coperta di lana.

Come agenti medicamentosi sono da consigliarsi: la joscina o scopolamina da uno a cinque decimilligrammi preferibilmente per via ipodermica (bromuro di scopolamina *mg. due*, cloridr. di morfina *cg. quattro*; acqua distillata q. b. p. cmc. 10. — Iniettare 1-2 cmc. della soluzione).

In presenza di agitazione minore, od in mancanza di scopolamina, si darà il cloralio (cloralio g. 2; bromuro di potassio g. 4; sciroppo di morfina g. 30; acq. dist. q. b. p. cmc. 120; un cucchiaio ogni ora). I bromuri, da soli, sono indicati nella mania epilettica ed in via accessoria negli allucinati e nei dementi paralitici.

In caso di semplice agitazione notturna, con insonnia, si darà alla sera un cucchiaio di sciroppo di cloralio in una tazza di tiglio.

Gli oppiacei, generalmente, non sono indicati, solo in caso di agitazione prolungata si potrà ricorrere all'estratto d'oppio (due pillole da 2 centigrammi).

l. b.

Sui disturbi della funzione sessuale.

Lissmann (*Medizin Klinik*, n. 35, 1919) passa in rapida rivista numerosi lavori usciti durante la guerra su tale argomento. La maggior parte di essi si occupa dei rapporti tra i disturbi della funzione sessuale e la secrezione interna delle glandole genitali. Il lavoro più importante è la « patologia sessuale » di Hirschfeld, opera in due volumi. Nel I volume tratta dell'ipogenitalismo, dell'infantilismo, delle crisi sessuali e dell'onanismo; nel II volume dell'ermafroditismo, dell'androginia, dell'omosessualità, trasvestivismo e metatropismo. Egli considera queste anomalie dipendenti dalla diversa mescollanza degli ormoni genitali maschili e femminili; ai primi egli dà il nome di « andrine », ai secondi di « ginecine ».

La grande influenza esercitata dagli ormoni genitali sulla potenza sessuale e sulla genesi degli stimoli sessuali normali risulta chiara dai risultati di due atti operativi: ad un soldato vennero asportati i due testicoli, distrutti da un proiettile. L'impotenza completa che ne risultò, guarì del tutto dopo l'innesto di un testicolo d'uomo normale.

Ad un omosessuale vennero asportati, per tubercolosi, i due testicoli. Dodici giorni dopo lo innesto nel muscolo obliquo dell'addome di un testicolo d'uomo normale, egli incominciò ad avvertire per la prima volta nella sua vita, degli stimoli eterosessuali.

Da allora in poi egli è sempre stato normale nel campo sessuale.

Degli altri lavori si occupano dell'influenza della guerra sulla funzione sessuale. Lissmann ha constatato una transitoria diminuzione della potenza sessuale nei soldati condannati per lungo tempo all'astinenza. Pick e Mayer descrissero casi d'impotenza causata da lesioni traumatiche del centro genito-spinale. Porosz e Luce si sono occupati dei dolori intensi, di cui sono talvolta sede i genitali maschili, e li attribuiscono al rigurgito del contenuto delle vescicole seminali nei vasi deferenti; l'uscita del seme fa cessare i dolori.

In un caso osservato da Luce, una pachimeningite e nevrite radicolare era la causa di tali dolori. Numerosi lavori trattano dei risultati dell'innesto di glandole eterosessuali negli animali.

pol.

TECNICA.

Misura dell'attività del succo gastrico.

La maggior parte dei metodi, per lo studio del chimismo gastrico, è suscettibile di critiche; ognuno di essi però ha qualche merito, sia di speditezza, sia di precisione. M. Loeper e M. Binet (*Presse méd.*, 1 maggio 1919) ne propongono ora uno, basato sull'azione emolitica del casso gastrico, metodo che avrebbe i vantaggi della rapidità e della sufficiente esattezza.

Si prendono 10 goccie di sangue umano, che si lavano con soluzione fisiologica e si centrifugano successivamente per tre volte; si mescolano 2 goccie di globuli con 2 cmc. di diluizione di sacco gastrico rispettivamente a 1/4 e 1/10, mettendo poi in termostato a 37°. L'emolisi si riconosce per il fatto che il sedimento si è disciolto, per la scomparsa dell'aspetto marezzato, e per la trasparenza del liquido che ha assunto una colorazione lampone, che vira rapidamente al nero. L'emolisi è più o meno rapida (da qualche minuto a mezz'ora) oppure nulla.

La diluizione 1/4 dà le varizioni più precise: quella a 1/10 è utile solo per i succhi gastrici estremamente attivi.

L'emolisi, nulla per i cancrenosi, è invece intensa, quasi brutale negli ipercloridrici. Un succo gastrico normale a 1 gr. di HCl emolizza la diluizione a 1/4 in 15', un succo iperattivo in 3'-5', uno inattivo non da emolisi nemmeno in 3/4 d'ora.

La provenenza delle emazie non ha influenza sull'emolisi. Questa non dipende da variazioni di concentrazione molecolare, ma specialmente dall'azione dell'acido cloridrico, a cui si aggiunge quella delle pepsina.

Trattasi in complesso di un metodo semplice, globale che oltre a mettere in presenza due elementi viventi, tiene conto dell'associazione cloridropeptica e può perciò avere notevole significato clinico.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

I trapianti della milza e della tiroide con vascolarizzazione intatta.

I risultati ottenuti finora con i trapianti di pezzi di alcuni organi (milza, tiroide) o di questi organi in massa con vascolarizzazione intatta sono stati di regola negativi per riassorbimento dell'innesto quando il trapianto è stato fatto ad animali della stessa specie di quello cui l'organo era tolto (omotrapianti).

A Carrel, una volta su due, è riuscito il trapianto di una milza con vascolarizzazione intatta in un cane al quale l'organo era stato poco prima tolto (autotrapianto).

Gli autotrapianti di tiroide con tutti i suoi vasi hanno dato spesso risultati egualmente buoni e duraturi a vari esperimentatori.

Kawamura (*The Journ. of experim. med.*, luglio 919) riprendendo questi studi riporta il risultato delle sue esperienze fatte sui cani. In questi animali l'asportazione di circa metà della milza con vascolarizzazione integra è possibile per il fatto che essa possiede due peduncoli vasali. Dopo aver trattenuta per qualche minuto la parte estirpata in compresse di garza imbevute di soluzione fisiologica l'A. l'ha riposta nuovamente nella cavità addominale suturandone i vasi ed i nervi ai rispettivi monconi.

L'autotrapianto è stato fatto una volta suturando i vasi della milza asportata con l'arteria tiroidea superiore e la giugulare esterna, un'altra, previa nefrectomia, con i vasi renali.

I risultati delle esperienze sono stati i seguenti: in un caso di omotrapianto l'animale morì dopo due giorni; i vasi in corrispondenza della sutura furono trovati trombizzati.

In sette autotrapianti i risultati immediati furono sempre soddisfacenti in quanto la circolazione già dopo qualche ora era ristabilita completamente; ma più tardi si ebbe che la maggior parte delle milze trapiantate necrosarono e si riassorbirono in seguito alla trombosi dei vasi; trombosi assai difficile ad evitarsi per il calibro piccolissimo che vene ed arterie presentano.

Però in un caso in cui la trombosi non si ebbe la milza trapiantata fu trovata in capo a circa tre mesi perfettamente normale anche all'esame istologico.

In quanto ai trapianti della tiroide con vascolarizzazione completa l'A. è giunto a risultati pressochè identici. Di sette omotrapianti nessuno è riuscito; ciò indipendentemente dalla trombosi dei vasi in quanto la ghiandola si è vista cader presto in degenerazione e poi esser riassorbita completamente dopo il sessantatreesimo giorno anche a circolazione integra.

Di otto autotrapianti fatti sui vasi del collo dal lato opposto a quello da cui la tiroide veniva estirpata o sui vasi della milza, 4 riuscirono in quanto persistette l'integrità del circolo e della ghiandola oltre il sessantatreesimo giorno; ma tutte le ghiandole impiantate sui vasi splenici furono trovate necrosate per la trombosi dei vasi suturati.

D. M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1066) *Incubazione della sifilide*. — Al dott. B. M. da S.:

Il periodo d'incubazione del sifiloma iniziale (prima incubazione) dura, in media, da tre a quattro settimane dal momento del contagio.

Esso può arrivare ad un massimo di 42 giorni o ridursi ad un minimo di 15 giorni. I casi descritti, in cui questo periodo sarebbe stato al di qua, o al di là di queste cifre estreme, debbono considerarsi come eccezionali se pure non debba dubitarsi della loro autenticità.

Circa la durata della vitalità e del potere contagiante del virus sifilitico fuori dell'organismo, cioè del virus esistente su oggetti di medicazione, biancherie, strumenti chirurgici, bicchieri, ecc., infetti, per quanto sia molto difficile stabilire dati precisi, bisogna ritenere che sia molto breve.

V. MONTESANO.

(1067) *Iniezioni di chinino ai bambini*. — All'abb. n. 7592:

Le iniezioni di chinino si possono fare ai bambini di qualunque età. Nei primi mesi la dose è di gr. 0.15 per iniezione.

M. F.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

V. GIUDICEANDREA. *Tecnica e diagnostica ematologica*. F. Vallardi ed., 1919. Prezzo lire 20.

Questo libro di tecnica e diagnostica ematologica è un libro italiano: il rilievo non è superfluo. In Italia da anni non si leggono che traduzioni, qualche volta fatte male, di libri stranieri non sempre eccellenti: i giovani non scrivono libri, gli uomini maturi sono arrivati ed amano la quiete; la nostra arte libraria cura diligentemente le traduzioni!

Il libro si propone uno scopo essenzialmente pratico: esporre i metodi di indagine ematologica, che meglio corrispondono ai bisogni della clinica. Perchè però l'opera dello studioso non si limiti ad una esercitazione tecnica, l'A. « aggiunge in ogni capitolo quel tanto di nozioni preliminari o anche di teorica discussione indispensabile per comprendere il fondamento e meglio apprezzarne i resultati.

La materia è distribuita in tre parti: in una prima è svolto l'esame dei caratteri fisici e chimici del sangue (coagulabilità, peso specifico, viscosità, crioscopia, conduttibilità elettrica, alcalinità, componenti chimici). La seconda parte riguarda l'esame degli elementi corpuscolari e del contenuto emoglobinico, la ricerca dei bacteri, dei parassiti (coloraz. del sangue globuli rossi, globuli bianchi, piastrine, bacteri protozoi, vermi, funghi). La terza parte è dedicata all'esame serologico (proprietà del siero, potere opsonico, siero agglutinazione, siero precipitazione, deviazione del complemento, anafilassi, reazione meiostagminica, reazione di Abdernalden).

In un volume di poco più di 400 pagine è condensato adunque quanto può riguardare l'ematologia dal punto di vista delle moderne ricerche di laboratorio e del loro valore clinico: la brevità non va a discapito della chiarezza. Uno dei meriti maggiori dell'A. è di avere scelto, in mezzo alle ipotesi innumerevoli, le più accettate e le più moderne, di avere selezionato tra i fatti noti, i più direttamente utili, mantenendosi sempre fedele al proposito che informa tutta la concezione del libro.

Le difficoltà da superare non sono state poche: l'ematologia, specie nella sua parte morfologica, attraversa un quarto d'ora di evoluzione o di rivoluzione profonda. L'A., che porta un contributo notevole di esperienza personale, non si schiera tra i rivoluzionari; pur portando ragionevoli modificazioni, si attiene alla classificazione di Ehrlich. In un trattato, che ha scopo didattico, è doveroso, come l'A. fa, ricordare lo svolgimento delle idee nuove; sarebbe per lo meno prematuro accettare le moderne denominazioni, le quali pregiudicano problemi non ancora risoluti.

L'avere accolto in un libro di ematologia anche la parte serologica e bacteriologica, è una audacia dell'A., che sarà apprezzata dallo studioso, il quale troverà esposti in maniera pratica, i metodi, il fondamento teorico, il valore dei resultati.

La produzione italiana è accuratamente ricordata, pur dando il giusto rilievo ai contributi stranieri; ogni capitolo ha un moderno indice bibliografico. Illustrazioni intercalate nel testo e tavole a colori completano la parte dimostrativa del volume.

Per questi suoi meriti principali il libro sarà un ottimo ausilio per lo studioso nelle ricerche a letto del malato, ed una ottima guida per chi voglia intraprendere gli studi di ematologia.

t. p.

CLIVE RIVIERE. *The early diagnosis of tubercle*. II ediz. Un vol. in-16, di 305 pag. con 35 fig. rilegato. Frowde Hodder e Stoughton ed. Londra. Prezzo scellini 10/6.

Il pregio di una diagnosi di tubercolosi sta sopratutto nell'essere precoce; vanno quindi assai apprezzate le opere che, come la presente, trattano con una certa ampiezza l'importante argomento.

Sintomi, segni fisici, diagnosi differenziale, vengono diffusamente studiati ed illustrati da figure e radiografie; a parte vengono considerate le tubercolosi dell'ilo, che in questi anni ha assunto notevole importanza, e le diverse prove diagnostiche (tubercolina, radiografia, ecc.). Per quanto riguarda queste ultime, giustamente osserva l'A. che alla diagnosi di tubercolosi si arriva nella maggior parte dei casi con il solo soccorso della clinica: alle diverse prove si ricorrerà solo in casi dubbi, scegliendo caso per caso, quelle che sembrano le più indicate.

La seconda parte del volume tratta la tubercolosi infantile, seguendo lo stesso schema della prima parte.

Il volume fa parte della pregevole raccolta di pubblicazioni mediche di Oxford.

fil.

Pubblicheremo prossimamente:

A. BRUN. *Osservazioni su 300 casi di sterilità;*

F. PAOLETTI. *Osservazioni sull'impiego del chinino a scopo profilattico nella malaria;*

A. PETRUCCI. *La diagnosi batteriologica della dissenteria da Shiga.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La crisi dei giornali medici.

Mi sembra giunto il momento di sollevare nel diffuso « *Policlinico* » un'agitazione sulla crisi che attraversano i periodici scientifici e principalmente quelli di medicina.

La questione è in verità assai più urgente e più grave di quel che a primo colpo d'occhio non appaia.

In Francia, nel *Journal des Praticiens*, si getta un grido d'allarme, con l'assai significativa frase: « *L'agonie des journaux scientifiques* ».

Il « *Policlinico* » ebbe già ad interessarsi più volte della cosa ed io me ne occupai sulla *Clinica ostetrica* l'anno scorso, proprio di questi tempi, nell'annunziare ai benevoli lettori le nuove condizioni di abbonamento.

Ci lagnavamo e ci lagniamo dell'indecente trattamento che il Governo italiano ha fatto, durante la guerra, e continua a fare nel dopo-guerra, ai giornali medici. Notavamo in quella occasione la diversa mentalità dei governanti nei vari Paesi.

Mentre in Germania, durante la guerra, il governo volle che ai giornali di medicina non venissero create difficoltà di sorta, per la loro regolare pubblicazione, anzi dispose che fosse sempre fornita loro la carta e a basso prezzo, che fosse fatta loro ogni specie di favori e vennero anche sussidiati, onde non ne fosse sospesa la uscita nell'interesse della salute pubblica tanto della popolazione civile quanto di quella militare, da noi, invece, l'imprevidenza e l'ignoranza da parte dei dirigenti fece sì che Direttori ed Editori della stampa scientifica siano stati, durante i tristi anni di guerra, angariati e bistrattati, come se vi presiedesse un Santo uffizio, con tutti gli ordigni della tortura materiale e morale.

Si fece spesso mancare la carta, e quando se ne forniva, era di qualità pessima ed a prezzi iperbolici; si aumentò la tariffa postale e con gretti e miserabili concetti fiscali si tassarono gli incertissimi ed esigui proventi di una meschina pubblicità. Mentalità burocratica degli Oronzo Marginati! Come se con tali lautissimi introiti si potesse e dovesse colmare il debito di guerra.

Per questo cumulo di sfavorevoli e vessatorie circostanze, molti giornali scientifici e particolarmente di medicina han diminuito il numero di pagine e tirato avanti una grama esistenza e molti hanno dovuto sospendere temporaneamente la pubblicazione e non pochi morranno.

Tutti i favori sono per i giornali politici. Essi bruciano incenso sotto le narici ministeriali; ad essi soli le agevolazioni e i sussidi. E sia, poichè i giornali di medicina non cantano osanna ai governanti e non indossano la corona degli adulatori.

Noi non vogliamo vivere con i fondi segreti; ma chiediamo di poter tirare innanzi con il nostro lavoro, non angariati da gretti concetti e metodi fiscali, che ci danneggiano senza beneficare il fisco.

Nessuno, tanto meno io, potrà negare che la stampa politica abbia compiuta la sua nobile missione civile durante la guerra; però non è men vero e facile comprendere come i dirigenti, che han tartassato la stampa medica, han dato evidente prova di non comprendere il grande ausilio che questa porta alla salute pubblica civile e militare, sovratutto quando è agevole l'insorgenza di gravi infezioni ed epidemie. Chi non ricorda le enormi mortalità per infezioni che conseguivano alle guerre d' altri tempi; e le epidemie dell'ultima guerra del 1870, tanto in Francia quanto in Germania? E chi non rimane ammirato del fatto odierno che nessuna malattia a larga diffusione, inerente alla guerra, è sorta durante o dopo la immane conflagrazione, in cui si sono avuti milioni di morti e feriti? È questo in gran parte dovuto ai periodici di medicina, che han diffuso tesori di misure igieniche e metodi curativi, i quali hanno portato a successi insperati. Chi ha potuto e saputo seguire le molteplici pubblicazioni e la diffusione dei mezzi profilattici e terapeutici applicati, non può meravigliarsi del numero enorme di ferite cavitarie guarite, di arti salvati.

La chirurgia detta di guerra ha potuto operare miracoli, là, sul campo di battaglia ed in disagiate circostanze, praticando operazioni che sarebbe stato pazzia sperare. E tutto questo, diciamolo francamente, per l'immenso ausilio della stampa medica, che ha diffuso il *verbo della scienza*, come la voce di S. Giovanni che si udiva per ogni dove non ostante che fosse predicata nel deserto. E gran parte del merito ne va fatto proprio al *Policlinico*.

La missione della stampa medica non è finita con la guerra, poichè essa costituisce un coefficiente valido della salute pubblica, la quale dovrebbe stare in cima ai pensieri dei Governanti.

Se i giornali medici non hanno la missione di sostenere il governo, fanno qualche cosa di meglio. Essi rendono note ovunque le ricerche e le scoperte che si compiono in patria e fuori e le fanno penetrare ovunque, nel ceto sanitario, con chiarezza e precisione. I giornali di medicina

(intesa questa nel senso più lato) salvano le masse e indirettamente le istruiscono, come sorgenti di luce.

Eppure, malgrado le grandi benemerenze della stampa medica, si vuole angariarla in tutti i modi. Qui è proprio il caso di ripetere, per i burocratici balordi: *nesciunt quid faceant*. Speriamo che lo Spirito Santo scenda sopra di essi ed illumini la loro caparbia zucca...

Ora, la crisi della carta, acuita dall'enorme sciupio in questa lotta elettorale, e l'aumento di prezzo della mano d'opera tipografica — gli operai non trovano più limiti alle richieste di aumento di salario, rese croniche e cancrenose dai continui scioperi inconsulti e il più delle volte non necessari — determineranno il periodo agonico e la morte di parecchi giornali, di cui alcuni molto benemeriti.

In Francia le cose non vanno diversamente.

La Germania invece sovvenziona tuttora e largamente i grandi giornali di medicina.

Il bolscevismo stesso fa di tutto, si impone qualsiasi sacrificio in prò della stampa scientifica.

E noi latini vittoriosi vorremo mostrarci più barbari dei barbari!

Ferdinando Martini disse un giorno che un Papa fu chiamato barbaro per aver chiuso una Università. Vogliono i governi francese ed italiano, che si pavoneggiano chiamandosi civili e alla testa della scienza mondiale, tollerare l'onta di farsi passare per barbari, cercando, sia pure inconsapevolmente, di distruggere la stampa scientifica?

Si ricordino i governanti che non basta l'appoggio dei giornali che attingono la loro vitalità nei fondi segreti, ma che sono necessari al Paese anche quelli che provvedono alla coltura superiore ed alla salute pubblica. F. LA TORRE.

Il professore Masnata.

Il *Secolo* di Milano in una corrispondenza da Stradella scrive quanto segue: « Ieri venne presentato al nostro prof. dott. Giovanni Masnata da parte di una commissione di cittadini un'artistica targa in bronzo ed un ricco album contenente circa 3500 firme. La dedica scolpita in oro sulla targa ed impressa sull'album è la seguente: Al Prof. Dottor Giovanni Masnata, tributano plausi e riconoscenza quei cittadini di Stradella che l'ammirarono ed ancora la desiderano direttore dell'Ospedale civile — Esimio per scienza e maestria chirurgica, prodigo di bontà verso i diseredati, fervido di patriottismo, nelle supreme prove dell'Italia.

« L'avvocato Ernesto Locatelli disse brevi parole di presentazione, il prof. Masnata rispose ringraziando e manifestando il fermo proposito di continuare ad esercitare a Stradella l'opera sua benefica a pro' dei sofferenti ».

Non tutti i direttori di Ospedali han finora ottenuto più larga e simpatica dimostrazione di affetto e di devozione da parte del pubblico.

Il prof. Masnata può andarne orgoglioso ed affermare con sicura coscienza di aver fatto intero il proprio dovere ed anche di più nella direzione di un importante nosocomio.

Egli ha raccolto i frutti del suo indefesso lavoro e dell'altruismo e filantropia con cui ha sempre compiuta la sua missione.

Nelle sue fortunose vicende professionali e nella lotta acre e cruenta che ha sostenuto con l'Amministrazione di quell'Ospedale, gli sia di conforto la grande, unanime, compatta solidarietà della classe e la grande benevolenza che gli addimostra la cittadinanza di Stradella, che con ben 3500 firme ha voluto riaffermare la propria fiducia nello amato e saggio direttore del civico Ospedale.

Epperò sempre più ingiustificato si appalesa il trattamento usato a sì distinto ed apprezzato funzionario, al quale, senza nemmeno l'ombra di mancanze o di inadempienze, si rivolge invito a presentare le dimissioni dalla carica sempre lodevolmente esercitata, mentre da tempo, con la nomina a vita, avea acquistata la stabilità nel suo ufficio.

Però in vista di tale nuova ed imponente dimostrazione popolare è da augurarsi che la Pia Amministrazione voglia esercitare una benevola resipiscenza e, rendendo omaggio al desiderio manifestato dalla cittadinanza, ritornare sui suoi passi e trovar modo di comporre soddisfacentemente la incresciosa vertenza, risolvendola in modo giusto ed onorevole per tutti e, ciò, unicamente nell'interesse della assistenza sanitaria dei poveri.

Confidiamo, pertanto, di veder presto restituito l'esimio prof. Masnata alla direzione del suo Ospedale, per cui spese le sue primissime ed affettuose cure e che ha sempre formato, malgrado tutto, il suo più grande vanto ed il suo più intenso orgoglio. Doctor JUSTITIA.

Cronaca del movimento professionale.

I concorsi medici.

Con R. Decreto 18 settembre viene abrogato l'art. 3 del R. D. 3 agosto 1915, n. 1420, che vietava per la durata della guerra i concorsi per gli impieghi presso gli Enti Locali, avvertendosi che vengono elevati di quattro anni dalla data del decreto i limiti di età stabiliti dai Regolamenti Organici per l'ammissione ai concorsi stes-

si, e sono determinate le preferenze che, a parità di merito, spettano ad alcune categorie di persone.

Nella graduatoria dei concorsi per gli impieghi degli Enti locali, a parità di merito avranno titolo di preferenza nel seguente ordine:

1) gli invalidi di guerra a norma dell'art. 7 della legge 25 marzo 1917, n. 4-1;

2) gli orfani di guerra e i figli degli inabili al lavoro in seguito a lesioni o ad infermità incontrate per servizio in guerra, o, comunque, per un fatto di guerra, rispettivamente a norma degli articoli 35 e 42 della legge 18 luglio 1917, n. 1148;

3) i decorati con medaglia d'argento al valore militare o di marina nella presente guerra;

4) coloro che per maggior tempo abbiano prestato lodevole servizio militare come combattenti in zona di guerra;

5) coloro che abbiano prestato per maggior tempo lodevole servizio presso pubbliche amministrazioni.

* * *

Per tale disposizione le Amministrazioni locali potrebbero bandire i concorsi per i posti di medici condotti vacanti.

Una circolare del prefetto di Torino ai sindaci della Provincia osserva in proposito:

Siccome per le disposizioni dell'art. 26 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466 la nomina dei Sanitari condotti deve essere fatta in base a capitolati di servizio deliberati di volta in volta dal Consiglio Comunale, o dall'assemblea consortile, così codesta Amministrazione deve anzitutto deliberare il nuovo capitolato. Nè vale il dire che il Comune ha già un proprio Capitolato debitamente approvato dalle Autorità Tutorie. Secondo le disposizioni dell'art. anzidetto, quando pure si dovesse mantenere immutato il capitolato, esso dovrebbe sempre essere nuovamente deliberato sia pure per confermarlo in ogni sua parte. Ma è evidente che un capitolato approvato prima della guerra non può rimanere immutato.

Le richieste di miglioramenti economici fatti dalle Associazioni mediche, riconosciute legittime e meritevoli della massima considerazione nelle diverse assemblee già tenute dai Rappresentanti dei Comuni e dei Sanitari Comunali, importano tali mutazioni dei capitolati nella loro parte finanziaria e di servizio da rendere necessaria la corrispondente variazione dei capitolati. — Dovrà quindi cotesta Amministrazione rivolgere la sua speciale attenzione alla formazione del nuovo patto, tenendo presente la grande importanza e la delicatezza del servizio di assistenza Sanitaria, e porla in relazione con gli assegni relativi corrispondenti alla opera ed al sacrificio diuturno cui è tenuto il sanitario ad esso preposto. Mi è ben noto che a questo proposito alcune Amministrazioni accamperanno l'eccezione delle strettezze finanziarie del bilancio Comunale, ma mi giova pure ricordare la grandissima importanza che riveste il servizio di medico condotto non solo per l'assistenza diretta prestata al malato, ma ancora per tutta l'opera sua diretta al miglioramento igienico sanitario per la tutela della salute pubblica dalle malattie comuni e da quelle infettive, per procacciare alla popolazione tutti i benefici della pubblica igiene, per contribuire all'esecuzione di tutte le leggi sociali dirette a salvaguardare il lavoratore dalle malattie del lavoro, ad assisterlo negli infortuni, a tutelarne anche gli interessi con i corrispondenti certificati.

Per tali ragioni io nutro fiducia che le Amministrazioni Comunali vorranno trovare nei proprii bilanci quelle disponibilità occorrenti per far fronte nei limiti di ciò che corrisponde a giustizia alle richieste dei Sanitari, valendosi di quelle provvidenze legislative che hanno dato facoltà ai Comuni di procacciarsi nuovi cespiti per fronteggiare l'impellenza delle nuove spese, ecc.

* * *

Nell'imminenza della riapertura dei concorsi riportiamo le conclusioni che su tale tema furono formulate dal Convegno di Venezia:

a) In ogni Provincia *Ordini* e *Sezioni dei Medici condotti* facciano un esatto *censimento dei posti vacanti,* ordinando quelli di condotta in tre categorie in base alla loro importanza;

b) Si sorveglino i *posti vacanti* ad evitare *indebiti accaparramenti;*

c) Si modifichino *i limiti di età* (tenuto conto della guerra); e si richiedano *serii certificati di sana costituzione fisica;*

d) Si faccia opera presso le Prefetture, i Comuni e le Opere Pie perchè i concorsi non sieno banditi tutti in una volta, ma gradualmente in ordine di importanza, coi criteri di cui sopra;

e) Non si permetta che alcun concorso a posti di condotta venga bandito senza la previa prescritta *revisione dei capitolati;*

(Di qui la necessità dello *schema di capitolato unico* per ogni Provincia).

f) *Le commissioni* per l'esame dei titoli dei concorrenti *abbiano sempre almeno un rappresentante della classe* e tengano nel *massimo conto i titoli specifici;* nel caso delle condotte la qualità e la durata dell'esercizio professionale (come per i maestri);

g) Non sia reso illusorio il compito delle Commissioni col presentare graduatorie di eleg-

gibili che comprendano magari tutti i concorrenti, eludendo lo spirito della legge, e non dando nessuna indicazione ai Comuni, i quali potranno così legittimare ogni favoritismo.

Nelle graduatorie *devono figurare solo i più meritevoli* in base ai criteri stabiliti preventivamente dalle Commissioni.

Medici reduci dalla zona di guerra.

Si è costituita a Napoli un'associazione tra i medici reduci dalla Zona di guerra. Scopo di essa è la tutela di quella speciale categoria di medici, che, partecipando direttamente alla guerra, ne hanno più gravemente subìto i danni. La Associazione ha sede in via Depretis, 31.

Provvedimenti per i militari studenti in medicina.

Con prossimo provvedimento del ministero della guerra sarà concessa ai militari studenti di medicina una licenza straordinaria di mesi sette con decorrenza dal primo gennaio prossimo e con assegni per i primi due mesi.

Tale provvedimento è in relazione alle particolari esigenze degli studi di medicina, che devono svolgersi non tanto sui libri quanto nelle cliniche e nei gabinetti.

Gli studi di medicina furono incompleti ed affrettati durante la guerra: oggi mutate le esigenze, è bene sia completata l'istruzione professionale di questi giovani, ai quali sarà affidata la tutela della pubblica salute.

La licenza, e non il congedo, è provvedimento motivato dalla necessità di conservare, per ora, nell'esercito gli elementi destinati a sostituire gli ufficiali medici di complemento più anziani che saranno congedati e di integrare in rapporto alle sempre gravi esigenze del servizio sanitario l'esiguo numero di ufficiali medici effettivi.

Gli assegni sono limitati ai primi due mesi di licenza per non creare un ingiustificato trattamento di eccezione rispetto ai militari studenti delle altre facoltà. Però, trascorso il detto periodo di tempo, potranno essere richiamati in servizio e mantenuti nella sede universitaria d'inscrizione gli studenti che ne presenteranno domanda, col vantaggio di continuare così a percepire gli assegni del grado.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8043) *Pensioni.* — Dott. B. P. da P. Con 56 anni di età e 28 di servizio si liquida la pensione annua di lire 1165. Su detta somma si deve pagare oltre l'imposta di R. M. in lire 7.50 %, la ritenuta del 2 % prescritta dall'articolo 12 del Testo Unico.

(8044) *Obblighi professionali del medico di ospedale.* — Dott. F. B. da S. G. I. Se ha l'obbligo di curare gratuitamente nell'ospedale solamente gli ammalati poveri, ha diritto di ricevere compenso per le cure che in esso presta agli agiati. A tale riguardo deve prendere accordi con l'amministrazione per decidere se convenga conglobare il compenso dovuto al sanitario con la diaria di degenza e riscuotere essa il tutto, dando poi al medico la sua parte, o se, invece, il medico può direttamente chiedere o pattuire coll'infermo il compenso spettantegli.

(8045) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da U. la C. Per ottenere il caro-viveri nel Comune ove presta servizio interinale occorre rivolgersi alla G. P. A. sempre che sostituisca il posto di un medico mancante e non semplicemente assente per congedo, servizio militare ecc. ecc.

(8046) *Nomina provvisoria ad ufficiale sanitario.* — Dott. G. L. da L. Trattandosi di incarico provvisorio non vi è ragione di revocarlo fino a quando non sarà provveduto alla nomina definitiva dell'Ufficiale sanitario. Occorrerebbe, piuttosto, affrettare l'emissione del bando di concorso.

(8047) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. I. da B. Anche dal secondo Comune ha diritto di pretendere il pagamento della indennità caro-viveri, in quanto che trattasi di due enti distinti ognuno tenuto per proprio conto a corrisponderla.

(8048) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da F. Al medico scapolo compete la indennità caro-viveri di lire 65 mensili ed allo ammogliato quella di lire 100, più cent. 85 al giorno per ogni figlio, oltre i primi tre.

(8050) *Concorso a pubblico impiego.* — Dott. abbonato 3364. Il concorso bandito e chiuso prima del settembre 1915 non può più essere riaperto, per ammettervi altri candidati. Se in quell'epoca non fu totalmente espletato nulla toglie che si possa ora procedere allo scrutinio ed esame dei titoli esibiti dai concorrenti.

(8052) *Pensioni.* — Dott. I. G. da R. G. Qualora avesse aderito alla Cassa pensione dei medici condotti fin dalla sua istituzione od, in ogni caso, prima del dicembre 1909 potrebbe riscattare gratuitamente gli anni di servizio prestati dal 1896 al 1898 incluso, cioè, tre. Cumulando detto periodo di tempo con l'altro egualmente utile di nove anni durante il quale ha pagato il contributo, potrebbe ora far valere anni 12 di servizio e non 22. Non si possono invocare i sette anni prestati a Tremiti perchè durante i medesimi avrà acquistato diritto di pensione verso lo Stato in quanto che non è stato mai invitato a corrispondere i contributi stabiliti per la Cassa di previdenza.

Non si possono pagare gli arretrati per riscat-

tare anni di servizio, che non sono presentemente calcolati nella pensione. Per conseguire la pensione occorrono 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio.

(8053) *Pensioni - Servizio utile per conseguirla.* — Dott. S. S. da M. L'amministrazione della Cassa di previdenza ben a ragione si rifiuta di riconoscere valido agli effetti della pensione il servizio gratuito da Lei prestato, ostandovi il tassativo disposto dell'articolo 19 del Testo Unico approvato con R. Decreto del 2 gennaio 1913, n. 453.

(8054) *Prestazioni sanitarie.* — Dott. P. Z. da F. Il libero esercente non ha obbligo di rilasciare gratuitamente i certificati indicati per pensioni, arruolamenti, ecc. Debbono i medesimi essere pagati dalle persone cui si riferiscono e nel cui interesse vengono richieste dalle autorità competenti.

(8055) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da A. La più accettata interpretazione del Decreto sul caro-viveri è che la indennità deve essere riscossa in ogni Comune, ove si percepisce stipendio, siavi o meno effettiva stabile residenza, e ciò perchè per enti locali, di cui parla il prelodato Decreto, si debbono intendere quelli esistenti nell'ambito di unica circoscrizione amministrativa.

(8056) *Aumenti quinquennali.* — Dott. S. L. B. da S. C. Dallo esame da noi fatto delle date indicate risulta che in nessun Comune ha acquistato diritto a quinquennio perchè in nessuno di essi ha prestato cinque anni di continuo servizio.

(8057) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da M. La risposta indicata si riferisce al D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. In esso non sono riportate le parole da Lei indicate nel quesito. Certamente deve esserle corrisposta in entrambi i Comuni l'aumento del 30 %, sempre quando sia stato debitamente approvato dai rispettivi Consigli Comunali. Ricorra, in caso di inadempienza, alla G. P. A.

Doctor JUSTITIA.

Agli abb. n. 9908 e 10049:

Presso l'Università di Roma non si tiene quest'anno il corso per ufficiali sanitari.

Non è preannunziato neanche un corso pratico di ostetricia.

Daremo le notizie relative ai corsi di perfezionamento nelle varie università, a misura che ci perverranno, nella rubrica « Notizie diverse ».

L. P.

Servizio medico militare. — Al dott. G. D. P. da V.:

Avendo Ella prestato servizio dal 7 giugno 1918 fino al termine della guerra con un battaglione di fanteria, mi sembra che la polizza le dovrebbe spettare.

Nella sua qualità di ufficiale in congedo Ella deve per ogni schiarimento in merito rivolgersi al Distretto Militare dal quale dipende.

Al dott. A. d. C. da C. F.:

Occorre rivolgersi alla Commissione superiore centrale per l'alienazione dei materiali residuati dalla guerra (Via Nazionale, n. 75, Roma). Temo però che ormai..... sia troppo tardi.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *Ospedali Riuniti.* A giorni sarà bandito un primo concorso a 30 posti di Assistente medico-chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma. Il concorso è per esami e questi avran luogo in marzo p. v. Per esservi ammessi occorre:

1) certificato di sana fisica costituzione, non anteriore ai tre mesi dal bando di concorso, salvo il diritto da parte dell'Amministrazione di far visitare, se lo crede opportuno, gli aspiranti da speciale Commissione sanitaria;

2) certificati di immunità penale e di buona condotta, rilasciati in data non anteriore ai tre mesi dal bando di concorso;

3) fede di nascita, dalla quale risulti che lo aspirante non abbia oltrepassato gli anni 30 alla data del bando di concorso;

4) certificato comprovante l'iscrizione nell'albo dell'Ordine dei Medici;

5) diploma di laurea, ottenuto in una Università del Regno e la ricevuta della tassa di ammissione al concorso, ove il Consiglio di amministrazione abbia creduto d'imporla.

Gli assistenti restano in carica un biennio ed hanno un assegno annuo di lire 1323,18, oltre le indennità per caro-viveri, ecc.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Concorso per titoli ed eventualmente per esame ad un posto di medico assistente della Sezione Generale Medica. Scad. il 31 corrente. Dopo un biennio di esperimento il nominato potrà essere confermato stabilmente dall'Amministrazione Ospedaliera. Stipendio L. 2000 annue nette, suscettibili di 6 aumenti triennali del ventesimo; sono inoltre assegnate L. 1000 annue nette per il servizio di guardia, pronto soccorso ed accettazione infermi, da effettuarsi a turno cogli aiuti e col chirurgo assistente, nonchè il 10 % sulle tasse di cura degli ammalati paganti in proprio, ricoverati nel Riparto in cui il Medico Assistente presta servizio. Assunzione in servizio 15 gennaio. Per eventuali schiarimenti rivolgersi alla Direzione Medica.

Diffide e boicottaggi.

La Sezione Monzese dell'A. N. M. C. ha regolarmente diffidato — a termini dell'art. 74 del Regolamento — la condotta di Barlassina, per avere quel Comune bandito il concorso per condotta a tutta cura e non alle condizioni già concordate coll'approvazione della Commissione dei Sindaci della provincia di Milano.

La diffida fu notificata al Prefetto, perchè, almeno in ossequenza alla legge che vieta le condotte piene, provveda sospendendo il concorso.

Le due condotte mediche per le quali il Comune di *Padova* ha bandito il concorso sono diffidate dalla Sezione di Padova dell'. A. N. M. C.

NOTIZIE DIVERSE.

Pei morti in guerra della Famiglia Sanitaria Italiana.

Si è riunita il 23 corr. in Padova ed ha quasi ultimato il suo lungo e nobile lavoro, la Commissione per l'Albo d'Onore dei morti in guerra della Famiglia Sanitaria Italiana, che fu eletta dall'assemblea generale dell'Ordine dei medici di Padova il 9 febbraio a. c., composta dei sigg.: dott. Adelchi Zambler (presidente), prof. Alessandro Borgherini, dott. Alessandro Randi, dott. Girolamo Pavari, dott. Edgardo Morpurgo (relatore).

Per il benevolo interessamento dell'on. Ispettorato di Sanità militare del Ministero della Marina, delle Direzioni di Sanità dei compartimenti marittimi di Venezia, Napoli e La Maddalena, di quasi tutte le direzioni di Sanità militare dei Corpi d'armata, della presidenza del Comitato centrale della Croce Rossa It., del Magistero del S. M. Ordine di Malta, di S. E. il Vescovo Castrense, degli ill.mi rettori di tutte le Università del Regno e delle presidenze di molti Ordini di medici, la Commissione ha potuto raccogliere i dati relativi a 2847 morti in servizio durante la guerra, appartenenti alle classi Sanitarie. Quando saranno raccolti anche gli ultimi dati, la cifra arriverà intorno ai 3000.

L'elenco nominativo è raccolto in appositi registri e schedari e diviso nelle seguenti categorie:

Medici-chirurghi, farmacisti, veterinari, cappellani delle Unità sanitarie, studenti in medicina, in farmacia, in veterinaria, dame del S. M. Ordine di Malta, infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, infermiere volontarie di altre istituzioni (samaritane ecc.), suore di carità, portaferiti reggimentali, soldati di sanità, infermieri della R. Marina e militi della Croce Rossa e del S. M. Ordine di Malta.

Per molti nomi è accennato alla causa di morte: ferite per scoppio di proiettili al posto di medicazione, ferite in combattimento o per incursioni aeree o per altre cause durante una azione, annegamento per siluramento di navi, cause accidentali o malattie contratte in servizio, stenti in prigionia, ecc. È accennato inoltre per molti allo stato di servizio e alle onorificenze al valore conseguite.

A lavoro completo, che è sperabile sia prossimo ad effettuarsi, verrà fatta la pubblicazione dell'opera, la quale riescirà certamente del massimo interesse e sarà un doveroso tributo di omaggio ai generosi caduti per la causa d'Italia.

L'opera e il rinnovamento della Croce Rossa.

Nella sede della Croce Rossa Italiana in Roma si è tenuta per tre giorni l'assemblea generale del Comitato Centrale, nella quale sono intervenuti i presidenti ed i delegati dei Comitati più importanti dell'Associazione da ogni parte del Regno e le rappresentanze dei Ministeri della Guerra e della Marina. Ha diretto le sedute il Presidente Generale on. Giovanni Ciraolo.

Scopo dell'adunanza era di esaminare le modificazioni allo Statuto ed al Regolamento della Associazione.

L'assemblea ha preso in esame le riforme, introducendovi opportune emende ed approvandole nel loro testo complessivo.

La norma dell'azione sociale in tempo di pace è stata fissata nel secondo articolo dello Statuto e dall'art. 5 del Regolamento. L'Associazione estenderà la propria opera a recare soccorso in caso di pubbliche calamità ed a svolgere fra le popolazioni opera continuativa di educazione igienica e di assistenza sanitaria, in armonia con l'azione delle Autorità direttive dello Stato. Essa esercita tutte le forme di solidarietà sociale ed umana consigliate dalle necessità della salute pubblica.

Il nuovo Statuto ed il nuovo Regolamento dovranno adesso, a tenore di legge, essere sanzionati dai Ministeri della Guerra e della Marina. Dopo di che, alla loro applicazione seguirà il rinnovamento completo di tutti i Comitati, per mezzo di elezioni fatte dai soci col sistema del *referendum*.

I Comitati saranno costituiti non solamente con criteri informati alla necessità di eventuali mobilitazioni, ma con criteri più vasti, ed assumeranno vita ed importanza in proporzione del numero dei soci.

La quota annuale dei nuovi soci è stata elevata a 10 lire, data l'attuale svalutazione del denaro e dato altresì il bisogno di provvedere all'Associazione un reddito più proporzionato ai suoi nuovi impegni.

Una rivista mensile di educazione igienica popolare, che sarà edita dalla Casa Treves, si sta preparando per i soci.

L'assemblea del Comitato Centrale, udite le comunicazioni del Presidente generale, ha approvato con plauso le seguenti nomine: del professore sen. Alessandro Lustig a vice-presidente dell'Associazione; del generale Bassi a delegato del materiale; del conte Deciani a delegato per il magazzino di Roma; ha nominato consigliere dell'Associazione l'on. Camillo Corradini.

L'assemblea ha approvato il nuovo ordinamento degli Uffici del Comitato Centrale ed un ruolo di stipendi del personale stesso, ispirato al criterio di assicurarsi un personale ristretto di numero, responsabile del proprio operato, retribuito adeguatamente al costo della vita ed alla dignità degli uffici coperti.

L'assemblea ha quindi approvato la relazione finanziaria, dalla quale risulta la infondatezza delle leggende corse sullo sbilancio della finanza dell'Associazione. La quale è, nel conto guerra, gravata di sei milioni di *deficit* sopra duecentotre milioni di spese, *deficit* però esclusivamente contabile, perchè largamente compensato da altrettante somme di credito, ancora non finite di documentare, verso pubbliche amministrazioni, e nel conto patrimoniale il bilancio di previsione risulta attivo e solido.

L'assemblea ha pure approvato un concordato stabilito dalla Presidenza con l'on. Ministero della Guerra, per fissare fin da ora con Decreto Ministeriale le funzioni e le attribuzioni dell'Associazione, dei suoi servizi, del suo personale e del suo materiale, tanto mobile come territoriale, in caso di guerra.

Per gl'invalidi di guerra.

Il prof. Ettore Levi, vice-presidente dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra, ha illustrato in seno al Consiglio d'amministrazione la proposta che venga istituita una Commissione, composta dei rappresentanti l'Opera degli invalidi, il Comitato degli orfani, l'Opera dei combattenti, le due grandi Associazioni degli invalidi e dei combattenti e l'Ente Nazionale per gli analfabeti, allo scopo di studiare e provvedere a che i rispettivi Consigli di amministrazione, pure non perdendo la propria autonomia, possano efficacemente collaborare tra loro, con periodiche riunioni plenarie delle proprie Giunte esecutive o con un opportuno scambio di membri nei rispettivi Consiglii.

Da tale Commissione o dal lavoro concorde dei Consigli uniti dovrà poi essere studiato e realizzato il funzionamento comune delle rappresentanze provinciali e delle Delegazioni comunali in rapporto a tutte le loro svariate mansioni: assegnazione di pensione, sussidi, rieducazione professionale, educazione scolastica, ospitalizzazione, tutela legale, ecc.

Il Consiglio dell'Opera Nazionale accettò con voto unanime tali proposte, e deputò a sottometterle a S. E. il presidente del Consiglio un Comitato così composto: senatore prof. F. Durante, presidente dell'Opera Nazionale; prof. Ettore Levi, vice-presidente; senatore marchese Ferrero di Cambiano, consigliere dell'Opera Nazionale; capitano Dante Dall'Ara, presidente dell'Associazione tra mutilati e invalidi di guerra.

Il presidente del Consiglio ha accolto favorevolmente la proposta. La Commissione sarà presieduta da S. E. il sottosegretario di Stato per l'interno. L'Opera Nazionale per gl'invalidi ha designato a suo rappresentante il prof. Levi.

Il Comitato Romano pel Congresso di Talassoterapia a Monaco.

Presieduto dal prof. V. Ascoli si è radunato il Comitato romano pel Congresso di talassoterapia, che dovrà aver luogo a Monaco dal 26 al 30 del prossimo aprile. Commemorati i defunti membri professori Rossoni e Tamburini, furono nominati membri del Comitato i dottori Mariotti, Melloni e Flamini, e si fissarono disposizioni affinchè Roma partecipi degnamente a questo grandioso Congresso internazionale, pel quale fervono preparativi importanti.

Per tema generale di discussione di questo Congresso di talassoterapia era stato fissato un unico argomento: « I tubercolosi al mare », per il quale saranno presentate due relazioni: *a*) Le tubercolosi mediche; *b*) Le tubercolosi chirurgiche. Il Comitato ha deciso di affidare ai professori Sforza e Mariotti l'incarico di redigere una relazione « Sugli Istituti antitubercolari di Roma, con speciale riguardo alle istituzioni parascolastiche », e ai professori Ferraresi e Flamini una relazione di contributo al tema « I tubercolosi al mare » per quanto riguarda la parte chirurgica.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia

riprenderà i suoi lavori ben presto e terrà la prima riunione annuale in Roma nei giorni 18, 19 e 20 dicembre.

Oltre alle comunicazioni particolari sopra diversi argomenti della specialità, tra i quali prevarranno quelle che si riferiscono alla lotta contro la diffusione delle malattie veneree, saranno discussi i due seguenti temi generali:

1) Stato attuale delle conoscenze sui leucemidi cutanei;

2) Stato attuale della vaccinoterapia e sieroterapia antigonococcica.

Un Tubercolosario della Croce Rossa a Pozzuoli.

Il Comitato Regionale di Napoli della Croce Rossa Italiana ha da tempo iniziato una sottoscrizione per la costruzione di una Stazione climatica a tipo sanatoriale nei pressi della città. La sottoscrizione fu iniziata con le cospicue offerte di lire 100 mila della signorina Maria de Sanna e di altre 160 mila del comm. Giorgio Peirce, e raggiunse la cifra di quasi un milione e mezzo. Il Comitato provvide all'acquisto di un suolo sulla Collina di S. Gennaro presso Pozzuoli, e fu dato incarico di redigere il progetto all'ing. F. De Simone.

Intanto la Delegazione Generale della Croce Rossa Italiana a Londra ha destinato la somma di 65 mila sterline (attualmente tre milioni) per l'identico scopo, e spedì in 600 casse un'ingente quantità di suppellettili ospitaliere.

Per ora si avranno tre padiglioni (con 72 letti ciascuno) destinati agli infermi delle provincie di Napoli, Salerno, Caserta, Benevento ed Avellino.

A proposito del Sanatorio antitubercolare militare di Roma.

Riceviamo:

Egregio Sig. Direttore,

Nel resoconto comparso nel fascicolo 45 del « Policlinico », riguardante la cerimonia svoltasi presso il sanatorio di Porta Furba da me diretto, si dice che il detto Istituto è sorto per opera della Croce Rossa Americana e dell'*Italian War Relief Fund of America*.

Trattasi evidentemente di un equivoco che ritengo opportuno rettificare: le due nobilissime associazioni americane suddette, in onore delle quali furono inaugurate, il 20 u. s., le targhe commemorative, munificamente provvidero alle spese per l'erezione del padiglione centrale che serve di sala di riunione per gli ammalati, e dove trovansi anche le officine e i laboratori; ma tutti gli altri edifici (più di diciotto padiglioni, ove trovansi infermerie e servizi) sorsero per opera del Ministero della guerra a spese dell'Amministrazione militare italiana, sulle direttive date dalla Direzione generale di sanità militare.

Con i più distinti ossequi

dev.mo

ten.-colonnello G. MENDES.

L'inaugurazione della nuova Clinica psichiatrica di Roma.

Il 3 corrente nella magnifica aula della nuova, grandiosa Clinica Psichiatrica al Policlinico « Umberto I », alla presenza di una folla di professori, di medici, di allievi, il prof. De Sanctis, recentemente chiamato dalla Facoltà medica romana a succedere al prof. Tamburini, pronunciò una calda e commossa commemorazione del suo predecessore.

L'oratore illustrò con sottile analisi le principali opere del Tamburini, specialmente quelle sulle localizzazioni cerebrali e quella sulla genesi delle allucinazioni, mostrando di questi studi il valore intrinseco e quello dinamico, come impulso a nuovi e sempre maggiori progressi in queste ardue materie. Esaltò l'opera di organizzatore del Tamburini, a cui si deve, fra l'altro, la splendida Clinica che oggi viene a crescere lustro all'Università romana.

Il pubblico passò poi a visitare i magnifici locali.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata a Torino la pubblicazione del periodico « Lotte Sanitarie », organo delle classi sanitarie per la tutela e l'incremento degli interessi professionali, con speciale riguardo alla giurisprudenza sanitaria; è diretto dal dott. Guglielmo Oliaro.

Augurii.

Mostra campionaria Chimico-Farmaceutica Nazionale.

Si è adunato il Comitato centrale direttivo.

Venne affidata al dott. Scarpellini la rappresentanza del Comitato della Mostra in seno alla Commissione Esecutrice della Fiera Campionaria, per la stipulazione del contratto d'affitto di 30 stands.

Si prese atto che il dott. Inverni per la Lombardia, ed il dott. Assauto pel Piemonte, per impegni professionali, non possono accettare l'incarico di Commissari Regionali e si dette mandato al dott. Maranelli di far pratiche presso altre personalità perchè accettino la carica di Commissari.

Venne approvata una proposta del dott. Maranelli, di emettere tessere di riconoscimento, che saranno cedute a lire 20 ciascuna; daranno diritto a ribassi negli alberghi, teatri, ecc.

Il dott. Maranelli rese noto che fra breve uscirà un giornale col titolo « Quistioni Sanitarie di Attualità », il quale si occuperà specialmente della Mostra; esso sarà l'organo ufficiale del Comitato.

Vittima del dovere.

Il dott. Jeandeas di Parigi, da diciassette anni specializzatosi in radiologia, è stato fulminato da una violentissima scarica elettrica mentre stava lavorando in un laboratorio radiologico.

Con la scomparsa del prof. FEDERICO DI DONATO viene a mancare una figura nobilissima di educatore e di filantropo, un apostolo fervido ed illuminato dell'assistenza al fanciullo, un benemerito dei figli del popolo.

Dopo aver insegnato nelle scuole elementari di vari Comuni del salernitano, sua patria, venne a Roma, dove egli fu prima maestro, poi direttore, poi ispettore delle scuole elementari del Comune. Chiamato a presiedere l'Associazione dei maestri di Roma, raccolse intorno a sè la classe magistrale della città, per fondare le *Colonie marine e montane* a favore degli scolari poveri bisognosi di cure. Le colonie hanno restituito la salute a migliaia di bambini.

La grande attività e l'immane lavoro logorarono la fibra del Di Donato, che cade vittima della sua generosità infinita.

M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI — Roma, 30 novembre 1919 — Fasc. 48

(Pubblicato il 9 dicembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PAT. SPEC. MED. DIMOSTRATIVA E CLINICA PROP. DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA

diretto dal prof. Inc. F. RAVENNA.

Le iniezioni di adrenalina per la diagnosi di malaria latente.

Osservazioni del dott. ANGELO DAZZI, assistente.

È frequente il caso di trovare individui malarici, i quali non presentano per lunghi periodi accessi malarici tipici, hanno a intervalli poche forme parassitarie nel sangue circolante, o non ne hanno affatto. I danni che questi soggetti presentano, o passano inavvertiti, o sono mascherati da altre malattie; per cui la diagnosi sicura presenta straordinarie difficoltà. È di grande utilità, quindi, accertare in questi soggetti l'infezione malarica, e curarla energicamente.

In questi casi, i sintomi che permettono di formulare la diagnosi di malaria, che si può chiamare latente, quando mancano i parassiti nel sangue circolante, sono incerti nel loro significato, e non sono costanti. Sintomi clinici frequenti sono: la splenomegalia, la oligoemia, la febbre lieve non caratteristica, l'urobilinuria, sintomi che però non sono specifici. Inoltre, l'esame del sangue può dimostrare spesso: spiccata mononucleosi, basofilia degli eritrociti, policromatofilia, pigmento malarico nei leucociti. Segni subbiettivi possono essere: disturbi gastro-intestinali, dolori reumatici e nevralgici, cefalea cronica; ma nessuno è sufficiente per accertare la diagnosi. La presenza di parecchi di questi sintomi ci fa ammettere con probabilità la malaria, ma d'altra parte, la mancanza di tutti non è la prova che non esista malaria o che sia guarita.

In tale periodo di latenza dell'infezione malarica, gli organi interni, e specialmente la milza, possono ospitare ancora plasmodi, i quali, in seguito a cause occasionali, quali: strapazzi fisici o dietetici, sbalzi di temperatura, ecc., possono essere rimessi in circolo e determinare nuovi accessi.

È necessario quindi, quando si ha il sospetto di malaria latente, ricorrere a mezzi provoca-

tori, che determinino il passaggio dei parassiti nel sangue circolante, o l'accesso malarico tipico; allo scopo: di curare energicamente i singoli individui, ed eliminare così i portatori di plasmodi per la profilassi nei rapporti sociali.

Sono stati proposti molti e svariati mezzi provocatori.

Molti autori utilizzarono per la provocazione: sforzi corporei, sbalzi di temperatura, docce fredde alla regione splenica, traumi fisici e psichici; a ciò indotti dall'osservazione che spesso vengono provocati accessi spontanei in seguito a tali cause.

Grundman riuscì a provocare accessi mediante bagni generali caldi, bagni di luce, irradiazioni con raggi X e ultra-violetti della milza.

Sieber e Thaller proposero iniezioni intra-muscolari di latte sterile.

Brauer e Dorendorf usarono iniezioni di siero normale di cavallo.

Reinhard propose irradiazioni generali colla luce ultra-violetta.

Di Pace usò la stricnina.

Altri proposero iniezioni di tubercolina, di vaccino antitifico, anticolerico, antistafilococcico, antidifterico.

Hoffmann associava alcuni dei mezzi proposti; seguiva cioè questo procedimento: il primo giorno delle manovre provocatorie, usava riscaldamento ad aria calda fino a leggera sudorazione, indi bagno freddo per tre minuti. Il secondo giorno, faradizzazione dell'aia splenica fino ad arrossamento della cute. Il terzo giorno esercizi muscolari.

Neuschlosz, considerando che tutti i mezzi proposti agivano in quanto producevano cambiamenti sulla pressione sanguigna, fu indotto a usare l'ergotina, l'adrenalina, l'ipofisina; e trovò che l'adrenalina dava esito positivo nel maggior numero dei casi.

Schittelen e Schlecht proposero pure l'adrenalina, contemporaneamente e indipendentemente dal Neuschlosz.

Allo stesso scopo è stato proposto: somministrazione di ferro, di chinino in dose non terapeutica, di salvarsan, di nucleoxil, di ormonal, di piccole dosi di benzolo.

Durante il mio servizio militare, preposto alla direzione del reparto specializzato malarici dell'Ospedale militare di Parma, ritenendo necessario ricorrere a un trattamento provocatorio, in quei casi, in cui sintomi clinici fanno ammettere una malaria latente, ho esperimentati parecchi dei mezzi di provocazione proposti, scegliendoli fra i più pratici e fra quelli che avevo a disposizione. Ho esperimentate le iniezioni intramuscolari di latte sterile, la stricnina, il ferro, gli ioduri, il salvarsan, l'ergotina, l'adrenalina.

Fra questi mezzi che esperimentavo, fin dalle prime osservazioni, constatai: che le iniezioni di adrenalina provocavano sempre il passaggio di parassiti nel sangue circolante, mentre le altre sostanze, solo in qualche caso mi davano la provocazione di malaria manifesta. Estesi allora le osservazioni coll'adrenalina, per potere stabilire il suo valore quale sostanza provocatrice nella malaria latente.

Ho esperimentato l'azione dell'adrenalina in 20 soggetti malarici; 12 dei quali, in ripetuti esami del sangue, non presentarono parassiti; 8 altri, nei quali accurati esami del sangue rilevarono scarse forme parassitarie in varie fasi di sviluppo. Tutti da parecchio tempo non avevano accessi tipici.

Cinque giorni prima del trattamento adrenalinico, venne sospesa la somministrazione di chinino, per non compromettere il risultato delle manovre provocatorie.

L'adrenalina venne somministrata per iniezione sottocutanea nella dose di un milligrammo. In ciascuno dei 20 soggetti in esame, dopo la iniezione di adrenalina, vennero eseguite esatte misurazioni della temperatura ogni quattro ore per cinque giorni consecutivi; e seguite le modificazioni del polso, del respiro, del volume della milza e del fegato, del numero dei parassiti nel preparato di sangue per strisci in 400 campi microscopici. Il conteggio dei parassiti venne eseguito in preparati di sangue colorati colla colorazione panottica, mediante i liquidi di May-Grünwald e di Giemsa. Per ognuno dei casi vennero fatte 4 serie di preparati: una prima dell'iniezione di adrenalina, le altre successivamente dopo 20 m', dopo un'ora, dopo 24 ore.

Riporto brevemente i dati delle mie osservazioni:

Oss. I. — P... A... Terzana (Basso Piave) dal settembre 1918.

Dimagrito e oligoemico. La milza deborda 4 dita.

Ultimo accesso il 10 luglio 1919. Iniezione di un mmg. di adrenalina il 17 luglio 1919, ore 15. *Temperatura* massima 37.4°, ore 19. Apiressia nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 16×22. Dopo un'ora 12×14.

Parassiti (conteggio) prima dell'iniez. 1. Dopo 20 m' 2. Dopo un'ora 4.

Oss. II. — R... V... Quotidiana (Macedonia) dal settembre 1917.

Nutrizione buona, lieve oligoemia. La milza è leggermente ingrandita.

Ultimo accesso il 10 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 18 luglio 1919, ore 12.

Temperatura mass. 37.2°, ore 20. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 12×15. Dopo un'ora 9×12.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 1. Dopo un'ora 4. Dopo 24 ore 0.

Oss. III. — M... A... Terzana (Basso Piave) dal luglio 1918.
Ben nutrito e sanguificato. Milza debordante 2 dita.
Ultimo accesso il 6 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 24 luglio 1919, ore 12.
Temperatura normale nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 12×15. Dopo un'ora 10×13.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 2. Dopo un'ora 4. Dopo 24 ore 1.

Oss. IV. — S... F... Quotidiana (Basso Piave) dal settembre 1918.
Deperito e oligoemico. Milza debordante 2 dita.
Ultimo accesso il 15 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 26 luglio 1919, ore 14.
Temperatura normale nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 14×17. Dopo un'ora 9×12.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 0. Dopo un'ora 2. Dopo 24 ore 0.

Oss. V. — D. P... G... Terzana (Basso Piave) dall'agosto 1919.
Ben nutrito e sanguificato. Milza debordante 3 dita.
Ultimo accesso il 12 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 28 luglio 1919, ore 14.
Temperatura normale nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 15×18. Dopo un'ora 13×15.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 1. Dopo un'ora 5. Dopo 24 ore 1.

Oss. VI. — V... G... Terzana (Basso Piave) dal luglio 1918.
Notevolmente oligoemico. Milza debordante 2 dita.
Ultimo accesso il 16 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 30 luglio 1919, ore 13.
Temperatura mass. 37.6°, ore 18. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 14×18. Dopo un'ora 12×15.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 6. Dopo un'ora 8. Dopo 24 ore 2.

Oss. VII. — C... R... Terzana (Basso Piave) dall'agosto 1918.
Dimagrito e oligoemico. La milza deborda 2 dita.
Ultimo accesso il 20 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 31 luglio 1919, ore 12.
Temperatura mass. 37.4°, ore 16. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 14×18. Dopo un'ora 11×14.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 1. Dopo un'ora 6. Dopo 24 ore 2.

Oss. VIII. — C... R... Quotidiana (Macedonia) dal settembre 1918.
Dimagrito e oligoemico. La milza deborda 2 dita.
Ultimo accesso il 25 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 2 agosto 1919, ore 14.
Temperatura normale nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 12×17. Dopo un'ora 9×12.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 0. Dopo un'ora 1. Dopo 24 ore 0.

Oss. IX. — M... B... Terzana (Basso Piave) dal settembre 1918.
Nutrizione buona, lieve oligoemia. Milza debordante 3 dita.
Ultimo accesso il 22 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 3 agosto 1919, ore 14.
Temperatura mass. 37.6°, ore 17. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 15×23. Dopo un'ora 11×14.
Parassiti. Prima dell'iniez. 2. Dopo 20 m' 3. Dopo un'ora 8.

Oss. X. — R... A... Terzana (Chioggia) dall'ottobre 1918.
È spiccatamente oligoemico. La milza deborda 3 dita.
Ultimo accesso il 24 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 4 agosto 1919, ore 14.
Temperatura mass. 37.5°, ore 15. Il giorno successivo alle ore 14 inizia un accesso malarico tipico, temp. mass. 40.2°. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 15×20. Dopo un'ora 12×15.
Parassiti. Prima dell'iniez. 6. Dopo 20 m' 6. Dopo un'ora 12.

Oss. XI. — G... A... Terzana (Basso Piave) dal luglio 1919.
Nutrizione e sanguificazione buona. Milza leggermente ingrandita.
Ultimo accesso il 2 agosto 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 12 agosto 1919, ore 13.
Temperatura mass. 37.3°, ore 17. Apiretico nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 10×14. Dopo un'ora 9×13.
Parassiti. Prima dell'iniez. 2. Dopo 20 m' 1. Dopo un'ora 6.

Oss. XII. — R... L... Terzana (Basso Piave) dal settembre 1918.
Deperito e oligoemico. La milza deborda 2 dita.
Ultimo accesso il 24 luglio 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 10 agosto 1919, ore 14.
Temperatura norm. nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 14×19. Dopo un'ora 12×16.
Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 0. Dopo un'ora 4. Dopo 24 ore 1.

Oss. XIII. — M... P... Terzana (Portogruaro) dall'agosto 1918. Dimagrito e oligoemico. Milza debordante 4 dita. Fegato debordante 2 dita. Ultimo accesso il 27 agosto 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina l'11 settembre 1919, ore 12.
Temperatura normale nei 5 giorni successivi.
Milza. Prima dell'iniez. 16×24. Dopo un'ora 16×24.
Parassiti. Prima dell'iniez. 3. Dopo 20 m' 7. Dopo un'ora 8.
Fegato. Prima dell'iniez. 17×6. Dopo un'ora 14×5 1/2.

Oss. XIV. — I... S... Terzana (Basso Piave) dal luglio 1918.

Dimagrito e oligoemico. Milza debordante 15 cent. dura.

Ultimo accesso il 15 agosto 1919. Iniez. di 1 mmg. di adrenalina il 12 settembre 1919, ore 14.

Temperatura normale nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 26×34. Dopo un'ora 26×34.

Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 2. Dopo 1 ora 1. Dopo 24 ore 0.

Oss. XV. — F... G... Quotidiana (Basso Piave) dal luglio 1918.

Notevolmente oligoemico. La milza deborda 3 dita.

Ultimo accesso il 1 settembre 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 12 settembre 1919, ore 14.

Temperatura mass. 37.2 ore 18. Apiretico nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 16×20. Dopo un'ora 14×16.

Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 0. Dopo un'ora 2. Dopo 24 ore 1.

Oss. XVI. — F... L... Terzana (Basso Piave) dall'agosto 1918.

Ben nutrito e sanguificato. La milza deborda 4 dita; è dolente.

Ultimo accesso il 24 agosto 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina l'11 settembre 1919, ore 14.

Temperatura normale nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 18×24. Dopo un'ora 15×20.

Parassiti. Prima dell'iniez. 5. Dopo 20 m' 14. Dopo un'ora 12.

Oss. XVII. — Z... P.. Terzana (Basso Piave) dal settembre 1918.

Dimagrito e oligoemico. Milza debordante 2 dita.

Ultimo accesso il 10 settembre 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 16 settembre 1919, ore 14.

Temperatura normale nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 14×18. Dopo un'ora 13×17.

Parassiti. Prima dell'iniez. 2. Dopo 20 m' 2. Dopo un'ora 4.

Oss. XVIII. — C... G... Quotidiana (Basso Piave) dall'agosto 1918.

Dimagrito e oligoemico. La milza deborda 3 dita.

Ultimo accesso il 2 settembre 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 16 settembre 1919, ore 14.

Temperatura mass. 37.4° ore 18. Apiretico nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniezione 14×23. Dopo una ora 12×16.

Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 4. Dopo un'ora 6. Dopo 24 ore 3.

Oss. XIX. — S... C... Terzana (Basso Piave) dall'agosto 1918.

Lievemente oligoemico. La milza deborda 3 dita; è dolente.

Ultimo accesso il 4 settembre 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 17 settembre 1919, ore 14.

Temperatura mass. 37,4° ore 18. Apiretico nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 16×20. Dopo un'ora 16×18.

Parassiti. Prima dell'iniez. 5. Dopo 20 m' 17. Dopo un'ora 14.

Oss. XX. — S... P... Terzana (Basso Piave) dall'agosto 1918.

Dimagrito e oligoemico. La milza è leggermente ingrandita.

Ultimo accesso il 6 settembre 1919. Iniez. di un mmg. di adrenalina il 18 settembre 1919, ore 14.

Temperatura normale nei 5 giorni successivi.

Milza. Prima dell'iniez. 13×15. Dopo un'ora 9×12.

Parassiti. Prima dell'iniez. 0. Dopo 20 m' 1. Dopo un'ora 2. Dopo 24 ore 0.

Raccogliendo i dati forniti da queste osservazioni, risulta che:

In un solo caso (Oss. X), dopo 24 ore dall'iniezione di adrenalina, si ebbe un tipico accesso malarico, che non si ripetè nei 5 giorni successivi. In questo caso però, il reperto ematologico era fortemente positivo anche prima dell'iniezione, e presentava parecchi esemplari di schizonti della stessa generazione e dello stesso parassita. Si potrebbe ammettere in questo caso una causale coincidenza dell'accesso malarico ad inizio spontaneo con l'iniezione avvenuta il giorno prima.

In 10 altri casi l'iniezione di adrenalina è stata accompagnata, il giorno dell'iniezione, da un lieve innalzamento termico della durata di poche ore. Questa elevazione di temperatura non si può utilizzare a scopo diagnostico, perchè può essere dovuta all'azione propria dell'adrenalina. Infatti un'azione ipertermizzante dell'adrenalina è dimostrata dalle osservazioni di numerosi autori quali: Pende, Falta, Nobel, Aschner. Sicchè l'aumento di pochi decimi di temperatura constatato, con molta probabilità, deve essere attribuito all'azione dell'adrenalina e non ad un accesso malarico abortivo.

L'esito positivo della provocazione si presentò invece costantemente determinando in tutti i casi osservati il passaggio dei plasmodi nel sangue periferico. Nei preparati di sangue dei 12 soggetti in esame che prima dell'iniezione non presentavano parassiti; in 8, già dopo 20 m', si dimostrarono presenti i plasmodi, i quali erano in numero maggiore nel preparato di sangue eseguito dopo un'ora dall'iniezione.

In 4 casi, i preparati (negativi dopo 20 m') si rivelarono positivi dopo un'ora.

Nei preparati degli 8 soggetti che prima dell'iniezione erano positivi, dopo la somministrazione di adrenalina, si notarono i plasmodi aumentati di numero in modo evidente; aumento

dato da forme di parassiti di generazioni diverse.

Notevole il fatto che le emazie invase da parassiti, messe in circolo dall'adrenalina, presentavano in massima parte la punteggiatura di Schuffner, e gli ematozoi avevano i caratteri di schizonti della terzana in fasi diverse di sviluppo; scarsissimi sono apparsi i gameti.

In tutti i casi osservati si notò aumento della frequenza del polso e del respiro iniziatosi pochi minuti dopo l'iniezione di adrenalina e della durata di circa un'ora. In due casi soltanto si è avuta una reazione un po' vivace, con pallore, tremori, fatti però che si dileguarono dopo pochi minuti.

In tutti i soggetti, in cui esisteva una notevole splenomegalia, meno in due, si è constatata una spiccata contrazione della milza. Tumori di milza, che debordavano due o più dita dall'arco costale, dopo pochi minuti dall'iniezione di adrenalina, diminuivano in modo sorprendente, per riprendere le dimensoni primitive dopo 3-4 ore. Inoltre la milza, così retratta, non era più dolente alla profonda palpazione e nei movimenti respiratori, con grande sollievo dei pazienti. Nei due casi suaccennati in cui mancò la reazione di contrazione della milza, si trattava di malarici antichi, con enorme tumore di milza, di consistenza aumentata, che arrivava al piccolo bacino; e ciò probabilmente in causa di avanzata sclerosi della milza.

In un caso di tumefazione del fegato, che debordava due dita circa dall'arco costale, dopo l'iniezion di adrenalina, si notò il margine epatico retratto tanto, che appena si riusciva a palparlo nelle profonde inspirazioni. Negli altri casi osservati il fegato non si notò ingrandito.

La spiccata contrazione di tumore splenico, si potrebbe utilizzare per spiegare il meccanismo d'azione dell'adrenalina quale sostanza provocatrice nella malaria latente. È ammesso generalmente che l'ematozoo, vivendo sempre nell'alvo circolatorio, compie le sue ultime fasi schizogenetiche negli organi ematopoietici, a preferenza che in altri distretti vascolari. Non diversamente avverrebbe per i gametociti, i quali si iniziano nel torrente circolatorio e si sviluppano nella milza o nel midollo osseo. Quindi i germi superstiti che mantengono latente la malaria sono rifugiati negli organi sanguificatori, specialmente nella milza.

Considerando ora l'energico potere vasocostrittore dell'adrenalina, non solo sulle arterie, ma anche sulle vene, sui capillari, sui vasi linfatici, si comprende come possa avvenire anche un'intensa contrazione della muscolatura liscia di tutti i vasi splenici; si avrebbe cioè una vera e propria spremitura della milza, per cui elementi propri del sangue della milza sarebbero messi in circolo insieme ad eventuali parassiti annidati nel territorio vascolare splenico.

Con l'iniezione di un milligrammo di adrenalina si è in grado di formulare con certezza la diagnosi di malaria anche nei casi più oscuri; il metodo è di facile attuazione, ed è privo di inconvenienti, per cui merita la più grande diffusione nell'uso generale.

CONCLUDENDO:

I. La somministrazione di un mmg. di adrenalina, innocua per i pazienti, non provoca lo scoppio di un accesso malarico tipico, ma costantemente è seguita dal reperto dei plasmodi nel sangue circolante.

II. La presenza dei parassiti nel sangue è transitoria: inizia dopo circa 20 m' dalla iniezione sottocutanea di adrenalina, raggiunge l'acme dopo un'ora, dopo oltre 24 ore i parassiti non sono più reperibili. Nei casi in cui i parassiti sono presenti, in seguito all'azione della adrenalina essi aumentano notevolmente di numero.

III. L'adrenalina provoca una notevole diminuzione del tumore di milza da malaria, diminuzione che può mancare in caso di avanzata sclerosi della milza. Essa comincia pochi minuti dopo la somministrazione dell'adrenalina, e cessa dopo parecchie ore.

BIBLIOGRAFIA.

1. SEYFARTH. « B. Kl.W. »; n. 39, 1918.
2. DORENDORF. « Ver. ärz. Gesel. Berlin », n. 6, III, 1918.
3. SCHILLING. « Deut. Med. Woch. », n. 43, X, 1918.
4. W. HOFFMAN. « Deut. Med. Woch. », n. 28, 1918.
5. CRUNDMAN. « Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. », n. 4, 5, 1918.
6. TALLER. « W. Kl. W. », n. 4, 1917.
7. BRAUER. « W. Kl. W. », n. 4, 1907.
7. BRANER. « W. Kl. W. », n. 4, 1917.
8. REINHARD. « Münch. Med. Woch. », 37, 1918.
9. DI PACE. « Il Morgagni », 7-8, 1915.
10. BORCHARDT. « Deut. Med. Woch. », n. 9, 1919.
11. NEUSCHLOSZ. « Münch. Med. Woch. », n. 4, 1918.
12. A. SCHITTENHELM E H. SCHLECHT. « Münch. Med. Woch. », n. 47, 1918.
13. A. ABL. « Münch. Med. Woch. », n. 7, 1919.
14. V. ASCOLI. *La malaria,* Unione Tipografico-Editrice, Torino, 1915.
15. PENDE. *Endocrinologia*, Vallardi, Milano.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.
Direttore prof. L. VANNI.

La mobilizzazione dei plasmodi nella cura e nella bonifica dei malarici

per il prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto.

È noto come la malaria possa non di rado decorrere latente, qualunque ne sia la forma, alla mancanza di manifestazioni cliniche, o per lo meno tali da farci pensare alla malaria, va parallela l'assenza dei plasmodi nel sangue periferico e qualche rara volta della milza.

Si tratta quando di soggetti che han superato da tempo la malaria, quando di individui che han soggiornato l'estate avanti in zone malariche, e che pur non avendo mai presentate manifestazioni malariche, forse per la profilassi chininica o per altre ragioni che ancora ci sfuggono, sono portatori di germi malarici.

Per la cura e la bonifica dei malarici questi casi assumono una importanza grande, grandissima, per cui riescono giustificati, e sono anzi da incorraggiare, tutti i tentativi indirizzati a comunque valorizzare la malattia latente.

Gli accessi malarici anche in queste circostanze possono insorgere spontaneamente, diremo così, in seguito a sforzi, marcie, traumi, disordini dietetici, raffreddamenti, ecc.; per cui si cercò a scopo diagnostico di trar profitto di queste conoscenze per la provocazione degli accessi.

Così si ricorse alle marcie, alle fatiche, ai raffreddamenti, specie della regione splenica.

Più recentemente si è ricorso all'*irradiazione della regione splenica con la lampada di quarzo, alla stricnina, alla adrenalina o soprarenina, alle iniezioni endovenose di latte, di siero di cavallo, alle iniezioni di salvarsan,* ecc.

Il concetto informatore dell'uso dell'adrenalina allo scopo di mobilizzare nel sangue i germi della malaria, ha punto di partenza nelle ricerche di Trey, confermate da Oehme, le quali dimostrano che sotto l'azione dell'adrenalina iniettata nel sangue si ha il passaggio in circolo di elementi del sangue splenico. Da questo al passaggio anche di plasmodi il passo è breve, e quindi l'Oehme e indipendentemente il Neuschloss, e successivamente Schittenhelen e Schlecth, ecc., sono ricorsi all'adrenalina per provocare gli accessi malarici a scopo diagnostico specialmente. L'iniezione di un mgr. di adrenalina sarebbe sufficiente di regola a provocare l'attacco, raramente nello stesso giorno, più spesso l'indomani, qualche volta 2-4 giorni dopo.

La presenza di plasmodi nel sangue è quando in anticipo, quando contemporanea, quando successiva all'attacco di malaria.

Qualche volta si è dovuto ricorrere ad una seconda iniezione di adrenalina (1).

Ho esperimentato qualche volta il metodo e non ha corrisposto abbastanza; in alcuni malati della pratica privata (di regola soldati in licenze o in congedo) mi sono valso anche delle paragangline Vassole, dell'adrenalina al millesimo per *os* per 3-4 giorni di seguito, e mi è parso di ottenere risultati pressochè identici.

Che l'iniezione di vaccini, di sieri, di peptoni, di latte possono farsi causa di valorizzazione della malaria latente è nozione ormai di tutti, chiunque ha potuto constatare *de visu* fatti del genere, per cui è inutile insistervi oltre.

Il metodo però che unisce alla sicurezza del risultato la semplicità, la praticità mi è parso l'uso della stricnina per *os* alla dose di 1-3 mgr. *pro die*.

Di regola l'attacco non ha mai tardato a comparire oltre il 3°-4° giorno.

La mobilizzazione dei plasmodi, qualunque sia il metodo utilizzato allo scopo, è consigliabile non solo per la diagnosi ma per la profilassi individuale, generale e per la cura.

La dose fondamentale della cura nella infezione malarica è costituita dal chinino, sovrano in ogni caso, nelle forme iniziali, nelle recidive, specie preepidemiche resta pur sempre il rimedio esclusivo, lo specifico.

Si sono consumati anche recentemente fiumi di inchiostro sulla o sulle vie migliori di introduzione del rimedio; l'osservazione spassionata però ci dice chiaramente che la *via orale* non ha niente da invidiare alle altre (intramuscolare, endovenosa che hanno solo indicazioni limitate; sottocutanea, questa sempre pericolosa), e che quando il chinino venga introdotto *sotto forma* e *dose conveniente,* dessa risulta altrettanto efficace, quanto scevra da inconvenienti.

Le condizioni essenziali per una cura efficace e per la buona riuscita nella bonifica dei malarici vanno ricercate esclusivamente nella *precocità* dell'intervento, e nella *dose* sufficiente del chinino. Non è necessario spender molte parole al proposito, essendo pacifico che tanto più presto interveniamo, tanto meno tempo lasciamo al plasmodio per adattarsi all'ambiente, per prepararsi alla difesa.

Quanto poi alla dose sufficiente, è nozione or-

(1) Pare che l'adrenalina agisca nel senso dianzi citato non solo sulla milza ma anche sul midollo osseo.

mai generale che i plasmodi della malaria (alla stessa stregua dello spirocheta pallido, dei tripanosomi *vis* a *vis* dei preparati arsenicali), possono diventare chinino-resistenti, quando vengono spesso, o costantemente a cimentarsi con dosi insufficienti del rimedio, sia assolutamente che relativamente.

Ora data l'esistenza indiscussa di portatori di plasmodi, sia primitivi che secondari ad infezione malarica superata, a nessuno può sfuggire la convenienza o meglio la necessità per scovare il nemico e dargli battaglia, di ricorrere a tutti quei mezzi che valgono a metterlo in vista e nelle migliori condizioni di offesa (mobilizzazione nel sangue).

Quindi nei paesi di malaria alla profilassi chininica deve associarsi o alternarsi qualcuno dei valorizzatori della malattia, che la pratica dimostrerà di più facile adozione e di effetto più sicuro, ben sapendosi che la profilassi chininica se vale ad impedire le manifestazioni della malaria, non impedisce che si diventi portatori di plasmodi.

Ciò deve farsi ancora in qualunque individuo si abbia ragione di sospettare una malaria latente.

Ma vi ha di più: la lunga esperienza fatta in questi anni di guerra mi ha dimostrato che tale pratica deve fare parte integrante della cura della malaria in atto, e che solo in tal maniera possiamo arrivare alla sterilizzazione completa dell'organismo, alla guarigione completa di forme che erano state fino allora ribelli alle cure più energiche.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sull'importanza della tracheobroncoscopia nella medicina interna.

(F. CAPALDO, *Gazzetta Medica Napoletana*, luglio 1919).

L'adozione di un nuovo metodo d'esame destinato a permetterci l'ispezione diretta della trachea, dei bronchi e dell'esofago ha ampliato ancora più i vincoli che legano la laringologia alla medicina interna. Esistono bronchiti la cui presenza viene palesata dalla sola tosse, senza che si possano riscontrare sintomi alla ascoltazione; esistono dei rigonfiamenti delle glandole bronchiali ed altre affezioni delle vie respiratorie profonde che non possono essere diagnosticate che a mezzo della broncoscopia. In alcuni casi di tosse persistente, a esame toracico negativo, si trova una lesione circoscritta della mucosa bronchiale, la quale sosteneva il detto sintoma. La broncoscopia ha permesso a Killian di stabilire esattamente la sede di un tumore del polmone e a Schefold quella di un processo suppurativo aggredibile chirurgicamente.

Senza entrare nella tecnica della manualità, dovremo dire di qualche particolare semeiologico. L'introduzione del tubo dalla trachea nei due bronchi, mentre a destra si verifica molto facilmente data la continuazione quasi rettilinea del bronco destro, a sinistra si verifica più difficilmente a causa dell'angolo che il bronco di sinistra forma con la trachea. Continuando a introdurre il tubo nei due bronchi principali, s'intende come siano più facilmente visibili le diramazioni bronchiali inferiori — le quali possono essere seguite con l'occhio e con la sonda sin quasi al diaframma — delle superiori. Le diramazioni formate a destra dal bronco destinato al lobo medio non si possono scorgere in tutti i casi; e lo stesso accade per quelle del bronco del lobo superiore sinistro. Il bronco in condizioni più sfavorevoli per l'esame è quello destinato al lobo superiore destro, il quale sbocca nel bronco principale quasi ad angolo retto.

La mucosa bronchiale, in condizioni normali, presenta un colorito rosa-pallido con leggera tinta giallastra, colorito che diviene molto più sbiadito in corrispondenza delle biforcazioni, specie di quelle più profonde.

L'albero respiratorio presenta dei movimenti più o meno accentuati: in corrispondenza della biforcazione tracheale essi sono più evidenti che non in altri punti. Mentre nell'inspirazione la biforcazione tracheale si sposta dall'indietro in avanti e dall'alto al basso, nella espirazione essa ritorna al suo posto, seguendo un moto contrario. Anche le diramazioni bronchiali più profonde hanno uno spostamento sincrono con gli atti respiratori, ma meno accentuato.

Si ha inoltre che durante la tosse si giunge a un'occlusione completa dei piccoli bronchi, mentre nei maggiori e nella trachea il lume si restringe: se questa costrizione venga indotta dal contrarsi della muscolatura bronchiale o dal diminuito volume della cassa toracica nella tosse, non si conosce con precisione.

Movimenti pulsatori normali: a livello della parte inferiore della trachea o del bronco sinistro si nota spesso un movimento sistolico propagato da sinistra (polso aortico). Anche la biforcazione tracheale mostra durante il periodo sistolico dei movimenti pulsanti, i quali in ge-

nerale sono diretti da destra verso sinistra, ma qualche volta in senso opposto; a volte si nota un tremore oscillatorio.

Dato il fatto che la biforcazione tracheale subisce di norma uno spostamento durante l'inspirazione, la sua mancanza sarà da considerarsi come un segno patologico dovuto a fissazione della trachea (flogosi delle gl. bronchiali, aneurismi dell'aorta, affezioni mediastiniche).

Nei casi in cui la funzione di un polmone è in parte o *in toto* abolita, specie nei casi in cui non è stato possibile precisare se si tratti di una mancata funzione per lesioni polmonari (atelettasie, broncostenosi, compressioni) o di un'inattività dei muscoli respiratori di un lato (ferite del torace, pleurodinie), riesce di grande valore l'osservazione di movimenti della biforcazione tracheale. Così se vediamo che questa si muove nell'inspirazione verso il lato ammalato è chiaro che il polmone omonimo funziona poco o nulla, per un'affezione primaria del suo parenchima. Se si tratta invece di inattività dei muscoli, la carena tracheale si sposta verso il lato sano: specie nelle pleuriti essudative unilaterali si potrà riconoscere quale parte prenda il polmone ammalato nella funzione respiratoria.

Riguardo al colorito della mucosa bronchiale le deviazioni dalla norma sono molto frequenti. Nella trachea e nei grossi bronchi si riscontra molto bene anche la più lieve cianosi della mucosa, perchè gli anelli cartilaginei biancastri fanno maggiormente risaltare il suo colorito scuro. Nei processi catarrali acuti si nota un rossore più accentuato della mucosa, specie in corrispondenza delle biforcazioni, mentre nei cronici il reperto è vario, a volte sorprendente. Anche in casi in cui si può diagnosticare un catarro bronchiale diffuso, talora all'esame diretto la mucosa bronchiale appare normale sino al punto in cui giunge l'occhio; in altri è arrossata in tutta l'estensione, ed ha perduto la sua lucentezza; in altri presenta un colorito rossobruno identico a quello rilevabile nella faringite secca. Dobbiamo non confondere questo rossore flogistico con le iperemie provocate dal contatto del tubo o dalla tosse: esse presto scompaiono. È sempre opportuno, a tal proposito, far precedere la laringoscopia con lo specchio, per osservare lo stato della trachea.

Se v'è rossore patologico, si ha quasi sempre anche una modificazione di forma del lume bronchiale. Così oltre a riscontrare in corrispondenza delle pareti dei grossi bronchi notevoli ispessimenti della mucosa, accade di osservare delle modificazioni di forma del lume, specie nelle biforcazioni, che perdono il colorito normale, hanno margine meno tagliente, quasi cercini rotondeggianti. Il rigonfiamento della mucosa è più evidente in corrispondenza delle piccole diramazioni del lobo inferiore, il cui lume lentamente rotondeggiante possiamo in condizioni normali seguire per un piccolo tratto della profondità; spesso, invece di un tal lume, si nota un piccolo orifizio oscuro circondato da mucosa arrossata o increspata e rigonfia, fluttuante durante la respirazione, la quale provoca nella tosse la chiusura del corrispondente ramo bronchiale.

Nella bronchite il reperto broncoscopico non sempre corrisponde ai dati ascoltatori. Nei catarri cronici nei quali esistono non solamente rantoli secchi, ma anche umidi a grosse e medie bolle, si ha sovente, alla broncoscopia, assenza completa di qualsiasi alterazione, per cui si è costretti ad ammettere che il processo che sembrava localizzato nei bronchi grandi e medi, lo è soltanto nelle più piccole diramazioni. A volte si riscontrano con l'esame endoscopico di casi di presunta «tosse nervosa», delle affezioni bronchiali, non sospettabili con l'ascoltazione: già il Riegel aveva notato come il risultato negativo di questa non dia sicurezza nello stato normale dei bronchi.

Importanti sono i mutamenti di forma dell'albero bronchiale, specie alla biforcazione tracheale. Dato che il bronco di destra ha decorso molto più ripido, che la trachea si continua nel detto bronco in direzione quasi rettilinea, mentre forma col sinistro un angolo accentuato, tutte le volte che riscontriamo il bronco sinistro decorrere in profondità egualmente ripido come il destro, ciò deve essere considerato come uno spostamento patologico indotto da una pleurite, un aneurisma, una cicatrice. In corrispondenza della forca tracheale si può anche osservare uno spessore maggiore, il quale è patologico se occlude, anche per un'estensione minima l'ostio di uno o di entrambi i bronchi (lesione delle gl. bronchiali).

La broncoscopia è molto utile nelle stenosi bronchiali, frequenti per sifilide, tumori, processi morbosi delle gl. bronchiali, aneurismi, più raramente per ascessi prevertebrali, essudati pleurici, dilatazione dell'atrio sinistro, diverticoli esofaghi.

La sifilide dei bronchi in passato veniva diagnosticata solo all'autopsia: leggendo le storie cliniche quel che più colpisce è il fatto che gli infermi più o meno repentinamente erano assa-

liti da dispnea accentuata seguìta da sintomi di stenosi, la quale produceva in breve la soffocazione.

In realtà la diagnosi di lue bronchiale è molto difficile, sia perchè l'affezione rappresenta una delle forme più tardive della sifilide, sia perchè il decorso non sempre corrisponde al processo anatomico. Schrötter ha da tempo dimostrato che non solo le forme lievi, ma anche le più gravi possono decorrere nell'albero respiratorio senza sintomi seri, per cui la stenosi si presenta spesso con rapidità sorprendente.

Con la broncoscopia abbiamo dunque il modo di diagnosticare e curare precocemente una affezione che è tutt'altro che rara. Schrötter in pochi anni ha osservato 13 casi di lue della trachea e dei bronchi, in tutti gli stadi. Una inferma di Nowotny tracheotomizzata per una stenosi bronchiale di natura sifilitica, era divenuta incosciente in un repentino peggioramento; egli penetrò con un tubo sottile nel bronco destro e quindi nel sinistro procurando all'inferma un immediato sollievo, essa riacquistò la coscienza, e con dilatazioni successive fu possibile liberarla da sicura morte.

Nelle stenosi bronchiali prodotte da tumori, la broncoscopia reca valido aiuto nei tumori primari dei bronchi, dando modo di diagnosticarli dall'inizio e di eseguire la biopsia; sia nei secondari quando si tratti di stabilire se sia indicato o meno l'intervento in un caso di tumore maligno dell'esofago o di ipertrofia della tiroide; con la broncoscopia possiamo precisare se tali lesioni abbiano prodotta usura da compressione delle vie aeree.

Nell'albero respiratorio predominano i tumori maligni sui benigni. Rosenfeld riferisce di un infermo affetto da un fibroma del bronco sinistro, il quale era spinto verso la biforcazione nei momenti in cui tossiva e produceva accessi di soffocazione: senza l'endoscopia non si sarebbe salvato dalla morte per asfissia. In una inferma di v. Eicken l'esame del torace, poco chiaro, faceva sospettare delle bronchiestasie: la paziente un anno e mezzo prima aveva ingoiato un incisivo, senza averne avuto difficoltà respiratoria, tosse, ecc. Si pensò che i disturbi fossero legati a questo incidente; ma con la broncoscopia non si riscontrò il corpo estraneo, invece un tumore — all'esame istologico si rivelò un encondroma — stenosante il bronco sinistro 4-5 cm. al disotto della forca tracheale.

Molto più frequenti sono le lesioni delle gl. bronchiali; e i clinici hanno cercato di diagnosticarle, tenendo conto di molti segni, anche accessori (Petrusky, Neisser, Schmidt, Breton). Con l'esame tracheo-broncoscopico possono osservarsi in modo meraviglioso i rigonfiamenti in parola. Marra, Schrötter, Nowotny hanno dei casi in cui le gl. bronchiali erano talmente ingrossate, da provocare stenosi dei bronchi e della trachea. Se tale stenosi si riscontra in vicinanza della biforcazione e si nota inoltre uno spessore maggiore della carena tracheale, possiamo affermare con sicurezza che le gl. bronchiali sono la causa della stenosi; gli altri criteri clinici ci faranno stabilire se si tratti di una semplice infiammazione, di antracosi, di tubercolosi, di tumore. Solo con la broncoscopia si può praticare una terapia efficace con sostanze medicamentose e con la dilatazione.

La pratica tracheo-broncoscopica ha insegnato che il rigonfiamento delle gl. bronchiali può far diagnosticare una tubercolosi polmonare all'inizio. In alcuni casi, con assenza completa di segni polmonari, eccetto una tosse continua, si notò solo questo rigonfiamento, che poi si rivelò di natura tubercolare. Tuttavia non bisogna credere che l'assenza assoluta di esso debba fare escludere un processo specifico, poichè la partecipazione glandolare non avviene in modo costante. Nel caso che le gl. bronchiali rigonfiate si rompano nel lume dei bronchi, una terapia congrua è possibile solo con la broncoscopia: tale rottura è piuttosto frequente, come dimostra il reperto di cicatrici bronchiali e le statistiche di Sternberg (1 caso su 170 autopsie), e quelle (anche più imponenti) di Schmidt e di Volker. Sovente essa si presenta d'improvviso senza alcun sintoma precursore; e la morte repentina è dovuta al fatto che, a traverso l'orifizio di perforazione formatosi subdolo, fuoriesce gran parte della glandola, la quale occlude la trachea e, in casi d'aspirazione, anche i bronchi. Può anche accadere che si presentino prima la tosse, la difficoltà respiratoria, gli accessi di soffocazione e più tardi, repentina, dispnea molto accentuata e morte. In alcuni di questi casi fu eseguita la tracheotomia senza successo, mentre altre volte gli infermi, dopo avere espettorato grossi pezzi di glandola a traverso la cannula, guarirono.

Mahu potè diagnosticare con l'endoscopia due casi di carcinoma delle gl. bronchiali all'inizio.

La broncoscopia può essere anche molto utile nella diagnosi degli aneurismi della aorta; in alcuni casi la diagnosi precoce può farsi solo con l'esme tracheo-broncoscopico (Killian), poichè all'inizio, solo un punto maggiormente pulsante in corrispondenza della parete tracheale o della parete bronchiale sinistra può farci diagnosticare la presenza di un aneurisma. Una

falsa interpretazione diagnostica si ha per lo più in quei casi in cui sono mutati i caratteri normali della mucosa che ricopre la sacca: essa può riscontrarsi edematosa o ulcerata, da far pensare a un tumore ulcerato. A Nowotny e allo Schrötter, facendo un'escissione di prova su di un presunto tumore, accadde di perforare l'aneurisma producendo la morte degli infermi.

Nowotny si è servito della broncoscopia a scopo terapeutico negli aneurismi dell'aorta; in 5 casi in cui esisteva stenosi tracheale e bronchiale da aneurisma introduceva una cannula elastica per moderare i disturbi degli infermi; Schrötter ha tentato d'iniettare del percloruro di ferro negli aneurismi protuberanti nella trachea.

Nella tosse di origine oscura, nelle emottisi, sarà sempre opportuna la broncoscopia. In un caso di Garel, di tosse stizzosa, fu riscontrato un tumore in corrispondenza della biforcazione, il quale scomparve dopo cura mercuriale. Se non è possibile accertare la causa della emottisi si faccia l'esame endoscopico; emorragie ritenute provenienti dai polmoni, originano invece dalla trachea. La tracheite emorragica può dare perdite di sangue cospicue. Varici circoscritte della trachea guariscono con cura topica opportuna. Anche le perforazione delle gl. bronchiali e i diverticoli esofagei possono essere accompagnati da emottoe.

La broncoscopia sarà anche praticata nelle paralisi del ricorrente, quando ne resti dubbia la causa (aneurisma, tumori delle gl. site in corrispondenza della biforcazione).

G. BILANCIONI.

MEDICINA.

La etiologia della febbre gialla.

Noguchi a conferma dell'importanza etiologica che il Leptospira icteroïdes ha nella produzione della febbre gialla ha portato a conoscenza fatti e ricerche di grande importanza ed assai dimostrativi. (*The Journal of exp. med.* Baltimore, luglio-agosto 919).

All'esame del sangue, praticato con l'ultramicroscopio o su strisci fissati all'acido osmico e poi colorati con il Giemsa, di 27 malati di febbre gialla 3 volte N. ha riscontrato i L. icteroïdes, sempre isolati ed in numero scarsissimo. Iniettato il sangue di questi 3 malati nelle cavie in 2 di esse si è avuta una infezione mortale. Negli altri 24 casi, non ostanti tutti i possibili e minuziosi esami, mai si è riuscito a trovare i L. icteroïdes; ma ciò nonostante 4 cavie subirono una infezione letale in seguito alla iniezione del sangue di questi malati. In un solo infermo, morto al quarto giorno di malattia, si potettero ritrovare i L. icteroïdes nel fegato.

Le urine di 13 fra malati e convalescenti studiati risultarono sempre prive di L. icteroïdes; tuttavia una volta 10 cmc. di urine, appartenenti ad uno di questi casi, iniettati nella cavia riprodussero al 15° giorno una malattia assai simile a quella che si manifesta dopo l'infezione procurata sperimentalmente; ma tutte le ricerche per la dimostrazione del parassita nel sangue e negli organi parenchimatosi riuscirono infruttuose.

Assai interessante, dopo quanto si è riferito, risulta lo studio del reperto di L. icteroïdes nei vari periodi dell'infezione provocata. Il sangue, e quasi contemporaneamente il fegato ed il rene, dopo 72 h. dall'inoculazione (talvolta anche appena 48 h. dopo) diviene infettante.

Prima del 5° giorno assai di rado è possibile di scovrire nel sangue i parassiti; al 6°, 7° giorno essi si rinvengono con maggior frequenza ed in quantità maggiore; tornano a farsi rari o spariscono addirittura prima della morte. Nel frattempo i L. icteroïdes si moltiplicano nel fegato e nei reni; anche qui, però, con l'aggravarsi dell'ittero e di tutto il quadro morboso non si scorgono che eccezionalmente. Così che all'ultimo periodo dell'infezione il sangue non dimostra parassiti e cessa anche di essere infettante se bene qualche volta sia possibile la trasmissione della malattia alle cavie ad onta del reperto negativo fornitoci dagli esami su strisci ed all'ultramiscroscopio. Gli organi interni, avvenuta la morte, perdono anch'essi quasi costantemente il potere infettante.

La ricerca delle reazioni immunitarie che il N. ha fatto seguire alle prime comunicazioni sulla etiologia della febbre gialla ha dato risultati non meno importanti e significativi. Iniettando il sangue di malati affetti da febbre gialla nelle cavie queste non contraggono sempre una infezione mortale ma in molte di esse si hanno reazioni febbrili lievi, fugaci, seguite talvolta da un ittero egualmente leggero e di breve durata.

Se queste cavie vengono inoculate alla distanza di circa 25 giorni con la polpa di organi ricchi in L. icteroïdes nella maggior parte di esse si nota una netta resistenza all'infezione mentre le cavie nuove od inoculate precedentemente con sangue di malarici muoiono con i sintomi tipici dell'infezione sperimentale.

Lo stato refrattario delle cavie dapprima inoculate mostra che esse avevano subito precedentemente una infezione attenuata della stessa natura e manifestatasi con i leggeri fenomeni accennati. Anche la prova peritoneale di Pfeiffer è

riuscita positiva con il siero di soggetti convalescenti di febbre gialla laddove si sono avuti sempre risultati negativi con il siero di individui sani o che non avevano subito detta malattia.

Noguchi ha potuto inoltre isolare e coltivare allo stato puro il L. icteroïdes dal sangue di 3 malati sopra 11 studiati e dal sangue di cavie morte in seguito all'iniez. di sangue e di organi di individui affetti da febbre gialla. Egli si è servito di un terreno fatto di 1 p. di sangue umano o di coniglio e di 3 p. di liquido di Ringer (con o senza aggiunta di 0.3 % di gelatina) il tutto ricoperto con olio di vaselina. La presenza di sangue nel terreno di cultura è necessaria allo sviluppo del L. icteroïdes che vive bene a 25° C. e per molti mesi senza perdere di virulenza: si sviluppa più rapidamente a 37° C. ma perde assai prima in virulenza. Il disseccamento, le temperature bassissime, il riscaldamento a 55° C. prolungato per 10 minuti distruggono la vitalità di questo assai fragile parassita. La presenza di germi ne impedisce lo sviluppo nei terreni ove si cerca di trapiantarlo e lo distrugge quando si è sviluppato. Passa le Berkefeld; attraversa forse una fase granulare nella sua evoluzione.

Il L. icteroïdes per quanto si riferisce alla sua morfologia apparisce come un filamento ad estremità affilate, a spire brevi e regolari, lungo da **4 a 9 μ**, mobilissimo, dotato di movimenti di vibrazione, di rotazione e di progressione bipolare; invisibile a luce trasmessa è chiaramente dimostrabile con l'illuminazione a fondo nero; è difficile a colorarsi con i colori di anilina che assume meglio se fissato con acido osmico; si colora bene con il metodo Fontana.

Le cavie si sono mostrate assai variamente sensibili alla inoculazione di questo parassita.

Nella supposizione infine che gli animali selvatici abitanti le regioni ove esiste la febbre gialla potessero albergare e trasmettere il virus di questa malattia, N. ha inoculato nelle cavie gli estratti di reni di topi presi nel Guayaquil: nel 67 % delle esperienze eseguite si è ottenuta la riproduzione di una forma morbosa per sintomi e lesioni del tutto identica a quella causata dalla inoculazione di Leptospira icterohaemorragiae proveniente da casi di spirochetosi itteroemorragica esaminati in malati od in topi dimoranti in New-York.

Noguchi si è chiesto allora quali relazioni passassero tra queste due specie di Leptospira.

Le reazioni immunitarie intraprese al riguardo hanno stabilito: che i Leptospira isolati dai topi del Guayaquil appartengono alla specie L. icterohaemorragiae e sono ben diversi dall'agente della febbre gialla, il L. icteroïdes. Difatti: il siero di conigli inoculati con diversi stipiti di L. del Guayaquil agglutina e disgrega i parassiti provenienti da stipiti omologhi; in grado minore il fenomeno si verifica con i L. icterohaemorragiae di altra provenienza. Le cavie vaccinate con culture morte di Leptospira del Guayaquil divengono refrattarie all'infezione per inoculazione di L. icterohaemorragiae. Il fenomeno di Pfeiffer, inoltre, è positivo con il L. del Guayaquil ed il siero di animali da questo infettati; questo siero protegge, infine, i conigli su cui si è sperimentato da una infezione per inoculazione di culture virulenti di L. icterohaemorragiae. Niente di consimile accade se si ripetono le esperienze opportunamente sostituendo al L. icterohaemorragiae o del Guayaquil il L. icteroides.

D. M.

CHIRURGIA.

Le emottisi secondarie nei feriti al torace.

(F. BOURGEOIS. *Gazette des hôpiteaux*, n. 35, 7 giugno 1919).

DEFINIZIONE. — L'emottisi è un sintoma capitale, quasi costante nell'evoluzione delle ferite di petto. In generale moderata, questa emottisi cessa per lo più spontaneamente verso il 3° o il 4° giorno e la ferita evolve in seguito con o senza complicazioni infettive verso la guarigione.

Più rara è l'emottisi secondaria. Allorchè essa compare, la ferita polmonare che aveva provocata l'emottisi iniziale è già cicatrizzata e questa emottisi secondaria è dovuta a lesioni più tardive provocate sia dal soggiorno di un corpo estraneo nel polmone, sia dall'infezione apportata e mantenuta da questo corpo estraneo intrapolmonare.

Per emottisi secondaria bisogna dunque intendere ogni broncorragia che si produce in un ferito di petto, facente seguito a un'emottisi iniziale già cessata da parecchi giorni.

ETIOLOGIA. — *Frequenza*. — È complicazione molto rara delle ferite di petto in generale ed è egualmente l'accidente meno frequente fra le complicazioni emorragiche tardive.

Gravità. — È variabilissima: dagli sputi mucosi striati di filetti sanguigni alle emottisi fulminanti che uccidono in pochi secondi. La ripetizione delle emottisi e la precocità della loro comparsa sono egualmente fattori di gravità.

Aspetto. — Il sangue è rosso ed aerato se proviene da una lesione recente di un vaso polmonare; prende un colore nerastro, cioccolato, se ha soggiornato per un certo tempo nelle vie pol-

monari; è commisto a pus nelle emottisi secondarie della gangrena polmonare, delle pleuriti purulente incistate.

Data d'apparizione. — Può manifestarsi dal 10° al 30° giorno dopo la ferita; si tratta allora di emottisi secondarie precoci, che si osservano nei feriti di petto intrasportabili in cui il proiettile non è stato estratto immediatamente o nei feriti con complicazioni infettive, come un ascesso gangrenoso del polmone. Sono, in generale, forme gravi sia per l'abbondanza dell'emottisi, sia per le condizioni generali scadenti.

Le emottisi secondarie tardive non compaiono che dopo il 30° giorno dalla ferita, in tempi estremamente variabili (6 mesi dopo la ferita in un caso di Pierre Duval). Esse non hanno la gravità delle emottisi precoci, ma per contro sono particolarmente recidivanti.

Cause determinanti. — Sono due le cause principali: la ritenzione del corpo estraneo intrapolmonare e l'infezione della ferita pleuro-polmonare.

La natura del corpo estraneo ha una certa importanza: i proiettili irregolari sono suscettibili di trascinare dei corpi estranei e di provocare con i bordi irregolari e taglienti, durante i movimenti respiratori, lesioni meccaniche abbastanza gravi per determinare un'emottisi abbondante. Il volume del proiettile ha poca importanza; la sua situazione presenta maggior interesse: i proiettili situati vicino ai grossi vasi dell'ilo del polmone sono suscettibili più di quelli periferici di provocare lesioni vascolari gravi.

L'infezione è determinata in generale da anaerobi di cui l'azione si traduce anatomicamente con la formazione di un ascesso gangrenoso che, secondariamente, ulcera un vaso polmonare. Le infezioni da streptococco determinano più raramente emottisi secondarie.

Cause predisponenti. — Agiscono aumentando la pressione arteriosa nel polmone e provocando una congestione della zona del parenchima polmonare sita presso il tragitto del proiettile o il focolaio della ferita. Tali sono la tosse, gli sforzi bruschi, gli strapazzi, i movimenti, le scosse fisiche, le evacuazioni attive, le emozioni.

STUDIO CLINICO. — Le emottisi secondarie si manifestano clinicamente secondo aspetti abbastanza variabili: ora si tratta di piccole emottisi, ora esse sono di quantità media o anche estremamente abbondanti al punto da compromettere la vita del ferito. Qualche volta uniche, sono in generale recidivanti, specialmente nelle forme secondarie tardive. Ora il sangue è puro, rosso, aerato, allorchè si tratta di una lesione vascolare recente, ora, al contrario, è nerastro, quando proviene da un'emorragia già antica. In certi casi questa espettorazione è commista a pus, per un ascesso del polmone o una pleurite purulenta.

Si distinguono: emottisi secondarie precoci ed emottisi secondarie tardive.

Le emottisi secondarie precoci. — Si osservano, in generale, dal 10° al 30° giorno dalla ferita. Possono investire uno dei tipi clinici seguenti:

Emottisi consecutive a un ematoma intrapolmonare che si vuota. — In generale leggiere, si presentano sotto l'aspetto di sputi sanguinolenti di un colore rosso-scuro. L'espettorazione è abbondante e nettamente sanguigna, ciò che la differenzia dalla pneumonite traumatica.

Sputi rugginosi, emottoidi, della pneumonite traumatica. — Piéry ha descritto una sindrome, la sindrome emopleuropneumonica, e tra i sintomi che la caratterizzano, una varietà di emottisi secondarie abbastanza precoci, o, più propriamente, di sputi emottoidi e non di vere emottisi.

Emottisi secondarie precoci da ritenzione intrapolmonare del proiettile. — Compaiono dal 10° al 20° giorno e possono essere attribuite a lesioni d'ordine meccanico o all'infezione mantenuta dal proiettile. Il sangue espettorato è rosso-vivo. La sua quantità raggiunge qualche volta mezzo o un bicchiere. Può cessare sotto l'influenza del riposo assoluto, del ghiaccio, della morfina, ma, in generale, si riproduce, e qualche volta in forma grave o anche mortale. Perciò la prognosi deve essere sempre riservata. È importante notare che non si constata in generale alcun sintomo d'infezione in questi malati. La ferita di petto è in via di guarigione, non c'è febbre, non vi sono segni anormali all'esame clinico e radioscopico del torace.

Emottisi secondarie da ascesso gangrenoso del polmone. — L'emottisi è variabile come quantità: può iniziare con qualche filetto di sangue mescolato a sputi muco-purulenti; poi l'espettorazione sanguinolenta aumenta di quantità, prende l'odore caratteristico della gangrena, e se la necrosi interessa un vaso polmonare importante, si può assistere ad un'emottisi fulminante. Si tratta di feriti abbastanza recenti che presentano sintomi d'infezione polmonare acuta: elevazione considerevole della temperatura, tosse, dispnea, segni di addensamento polmonare alla percussione e all'ascoltazione, depressione dello stato generale.

Emottisi secondarie precoci mortali. — L'emottisi secondaria può essere la causa della morte del ferito in due condizioni: o per ulcerazione di un vaso sanguigno polmonare seguita da una emottisi abbondantissima, unica e fulminante, o per emorragia secondaria pleuro-polmonare a nappo.

Nella prima eventualità, in un ferito che sembrava in via di guarigione, si assiste ad una crisi di dispnea seguita da tosse violenta; il ferito espettora una quantità considerevole di sangue e muore in pochi minuti quando nulla faceva prevedere una fine così drammatica.

Nella seconda eventualità, si tratta al contrario d'emorragia a nappo: il ferito si lamenta di un dolore lancinante al petto, la sua faccia impallidisce e tradisce l'angoscia, il viso si copre di sudore, la dispnea è intensissima, il polso si fa piccolo; l'espettorato sanguigno viene emesso dopo sforzi di tosse e la morte giunge rapidamente prima che si sia potuto intervenire utilmente.

Le emottisi secondarie tardive. — Non hanno la gravità nè l'abbondanza delle emottisi secondarie precoci, ma sollevano problemi clinici particolarmente delicati dal punto di vista della loro diagnosi etiologica, della prognosi e del trattamento.

Emottisi secondarie tardive nelle infezioni pleuro-polmonari consecutive ad una ferita del torace. — Sono piccole emottisi, che rappresentano il primo segno di una suppurazione pleurica o polmonare.

Emottisi secondarie tardive da ritenzione intrapolmonare del proiettile. — Sono in generale poco abbondanti; si tratta di una leggiera espettorazione di sangue rosso che si produce per più giorni sotto la tosse, che cessa per qualche tempo sotto l'influenza del riposo, per ricomparire in seguito appena il malato riprende le sue occupazioni. Lo stato generale del ferito non è modificato, non vi è febbre, nulla si riscontra all'esame dell'apparato respiratorio.

Queste emottisi possono così riprodursi e ripetersi per più mesi ed anche per più anni, senza aumentare di quantità al punto da divenire dannose e d'anemizzare gravemente il malato. Esse cessano, in generale, dopo l'ablazione del proiettile dal polmone.

Emottisi secondarie tardive senza inclusione del proiettile nel polmone. — Clinicamente la emottisi presenta gli stessi caratteri della forma precedente. L'esame clinico e radiologico non permette di constatare alcuna lesione polmonare nè corpi estranei intratoracici, il proiettile essendo passato da parte a parte. L'interpretazione del meccanismo che provoca queste emottisi è dunque abbastanza difficile: probabilmente bisogna attribuire questi accidenti ad un risveglio d'infezione non scopribile clinicamente ma di cui si può apprezzare l'esistenza con l'esame isto-chimico dell'espettorato.

EVOLUZIONE - PROGNOSI. — La prognosi deve essere sempre riservata nelle emottisi secondarie precoci. L'estrazione di ogni proiettile intrapolmonare è il miglior mezzo di prevenire questa complicazione e di evitare l'infezione.

Nelle emottisi secondarie tardive l'evoluzione può essere differentissima a seconda dei casi. Vi sono delle forme fruste, in cui certi feriti, più mesi dopo la loro ferita, hanno un'emottisi, qualche volta abbastanza abbondante, che non si riproduce più, guarisce spontaneamente senza alcuna alterazione dello stato generale.

Le forme a ripetizione, si tratti d'emottisi tardive con proiettile incluso o no, sono frequentissime: l'A. ha pubblicato l'osservazione di un ferito che espettora ancora sanguigno due anni dopo di essere stato ferito.

Queste forme a ripetizione possono evolvere senza alterazioni dello stato generale; si nota tuttavia frequentemente una diminuzione di forze, dimagramento, anoressia, tosse. Denéchan, Giroux e Fabre hanno descritto osservazioni di antichi feriti di petto, rari per fortuna, nei quali è apparsa una tubercolosi post-traumatica con emottisi tardive.

In tutti i casi l'esame frequentemente ripetuto delle espettorazioni permetterà di assicurarsi della presenza o dell'assenza del bacillo di Koch.

DIAGNOSI. — L'emottisi può essere simulata da emorragie provenienti dal naso, dal faringe, dalla bocca. Bisognerà dunque esaminare sempre questi organi se si suppone di simulare un'emottisi.

Il ferito può, d'altra parte, in occasione di un'emottisi recente, dichiarare che sputa sangue da molto tempo per collegare ad un'antica ferita guarita la comparsa tardiva di sintomi di tubercolosi. In questi casi, oltre l'interrogatorio e l'esame attento del ferito, l'esame isto-chimico degli sputi potrà fornire elementi preziosi in favore della realtà dell'emottisi, della sua origine polmonare e dell'esistenza di una lesione antica in evoluzione.

L'esame completo del ferito, in particolare degli apparati respiratorio e circolatorio, permetterà di eliminare le emottisi dovute ad una stenosi mitralica, ad una tubercolosi antica del polmone con sede dal lato opposto alla ferita oppure dallo stesso lato, in una zona polmonare lontana dal focolaio del proiettile.

La diagnosi etiologica è in generale facile. Si tratta di un ferito che ha un proiettile intrapolmonare; con un esame clinico e radiologico preciso si assicurerà ch'egli non presenta lesioni bacillari suscettibili di aver provocato, per loro conto, l'emottisi. La diagnosi etiologica è molto più difficile quando non vi sono corpi estranei intratoracici ed è in questi casi che il medico è spinto, in verità troppo spesso, a considerare ogni emottisi come tubercolare. Infatti la tuber-

colosi traumatica è molto più rara di quel che si creda e non bisognerà affermare la sua esistenza che dopo essersi assicurati, con tutti i mezzi clinici, batteriologici e isto-chimici, della sua realtà e della sua comparsa nettamente posteriore in rapporto al traumatismo incriminato.

Courtois-Suffit ha dimostrato che numerosi casi d'emottisi evolgono senza compromettere lo stato generale e senza alcun sintomo di tubercolosi.

Basta dunque conoscere l'esistenza di questi accidenti, la loro natura non tubercolare e la rarità della tubercolosi traumativa per non ammettere che dopo un esame serio l'origine tubercolare di queste emottisi.

Trattamento. — 1° *Trattamento chirurgico.* — Le emottisi secondarie le più tenaci, allorchè son dovute alla presenza di un corpo estraneo intrapolmonare, cessano appena il corpo estraneo è estratto. Se si ritiene attualmente che la astinenza operatoria deve essere la regola per tutti i proiettili ben tollerati e in particolare per i proiettili lisci, palle di fucile o di revolver, che non presentano che un *minimum* di probabilità d'infezione, per contro l'estrazione del proiettile per opera di un chirurgo esperto deve essere la regola appena esso è mal tollerato e diviene una sorgente di danni per il ferito, e, da questo punto di vista, le emottisi secondarie ripetute e abbastanza abbondanti costituiscono un'indicazione formale.

2° *Trattamento medico.* — È giustificato quando si tratta di accidenti benigni o d'emottisi in un ferito che non ha alcun proiettile incluso nel torace.

Questo trattamento sarà quello di tutte le emottisi: riposo assoluto, ghiaccio, morfina, ipecacuana a dosi nauseabonde. Esso però è insufficiente per le emottisi secondarie abbondanti e ripetute. S'è proposto per questi casi gravi di provocare il collasso polmonare praticando un pneumotorace artificiale. Benchè eccezionalmente impiegato, questo mezzo terapeutico merita di essere segnalato, perchè è suscettibile di rendere reali servizi nei casi d'emottisi abbondanti, davanti ai quali il medico si trova, in generale, assolutamente disarmato.

B. Masci.

Il trentottesimo elenco delle offerte della sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione per un Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie, raccolte a tutto il 31 ottobre 1919, ha portato il totale generale a L. 185,075.65.

RARIORA ARTIS.

Su una malattia caratterizzata da cisti gassose nell'addome.

Tuffier e Letulle (*Bulletin de l'Acad. de Med.*, Tome 82, p. 5) alle poche osservazioni esistenti in patologia umana di questa curiosa lesione addominale aggiungono altri due casi da essi studiati.

Il primo riguardava una giovanetta di 23 anni senza alcun antecedente tubercolare, la quale a 16 anni aveva sofferto di pleurite *sinistra* con peritonite guarita senza lasciar traccia e verso i 20 anni di una febbre tifoidea alla quale fece seguito di tanto in tanto qualche vomito senza causa apparente.

Nel gennaio 1913 si manifestò un rigonfiamento dell'addome dapprima intermittente, in seguito permanente, accompagnato da diarrea, vomito e sensazione di una tumefazione esistente a sinistra del ventre, spostabile talora.

Ricoverata nell'agosto 1913 in ospedale e constatati i segni di versamento addominale con ottusità mobile, senso di fiotto, supponendo una *peritonite tubercolare* fu sottoposta a punture esplorative, la prima delle quali diede esito a liquido fecaloide (5 ottobre) e la seconda (26 ottobre), pur esistendo i fatti obiettivi soliti di un versamento, riuscì negativa. In seguito contrazioni peristaltiche con sindrome di König mostrarono nettamente fatti di stenosi dell'intestino tenue.

All'esame radioscopico lo stomaco sembrava raggiungere il pube e nella parte laterale superiore sinistra dell'addome, al di sopra della milza, notavasi una sacca indipendente dallo stomaco, al disotto della quale sembrava raccogliersi nello stomaco il bismuto.

Resasi necessaria una laparatomia nel novembre 1913, all'apertura dell'addome l'intestino tenue mostrasi cosparso di migliaia di piccole cisti, trasparenti, del volume da una testa di spillo ad un grosso pisello, confluenti, occupanti il segmento inferiore dell'intestino tenue per una lunghezza sorpassante il metro. Anche l'epiploon è coperto di tumori simili ed alla compressione l'intestino crepita come un enfisema. In alcuni punti esistono tracce di reazioni infiammatorie del peritoneo rappresentate da versamenti incapsulati di liquido giallastro. Esiste poi una ascite giallastra, che si coagula spontaneamente. L'iniezione nelle cavie di tali liquidi riesce negativa.

Richiuso l'addome, dopo un passeggero miglioramento, nuovi segni di ostruzione intestinale

sempre più grave ed il 12 gennaio 1914 si ebbe l'obitus.

All'autopsia, con sorpresa, si constatò che le cisti gassose erano in gran parte sparite ed al loro posto notavansi strie pigmentate d'aspetto cicatriziale: al disotto del digiuno facevano sporgenza alcune vescicole ed altre sulla faccia posteriore del ceco, mentre nell'angolo destro del colon esisteva un grappolo di vescicole.

Lo stomaco era disteso fino al pube, disteso era il colon trasverso, atrofico il discendente.

Nessun'altra lesione a carico dell'istesso tubo digestivo, nè degli altri organi.

L'autopsia dimostrò tutta la storia di questo caso di malattia cistica gassosa dell'addome in cui la morte era dovuta agli accidenti meccanici determinati dalla presenza delle cisti.

Il secondo malato, un militare quarantatreenne, narrava di aver dovuto spesso interrompere il servizio per il sopraggiungere di supposte crisi gastriche da ipercloridria e come tali trattate.

Nell'aprile 1916 cominciò a notare pesantezza addominale, mentre il ventre assumeva una forma a bisaccia: il vomito divenne frequente, il dimagramento rapido. All'esame radioscopico dello stomaco si constatò nessun segno di ulcera ma ptosi e dilatazione marcata di esso.

Nel gennaio 1918 con diagnosi di stenosi del piloro fu inviato all'A. e sottoposto a laparatomia.

Anche in questo secondo caso, all'apertura dell'addome l'intestino tenue e l'epiploon si mostrarono coverti di vescicole sottosierose alcune peduncolate, altre sessili, ed al disotto dello stomaco, al livello della prima porzione del digiuno un enorme grappolo sporgeva costituendo un tumore il quale manifestamente provocava i sintomi di stenosi pilorica accusati dal malato.

Non potendosi estirpare il tumore, sessile, e d'altra parte volendo evitare consecutive stenosi cicatriziali cui avrebbe dato luogo l'apertura delle vescicole, l'A. eseguì una gastro-enterostomia posteriore transmesocolica. I sintomi addominali scomparvero, il malato stette in seguito bene.

Le guarigioni di tale malattia sono frequenti.

Dal punto di vista della *localizzazione,* le cisti per lo più sono sparse nell'intestino tenue e più raramente sul crasso, sullo stomaco, talora solamente sull'epiploon, sulla sierosa diaframmatica, sul legamento gastro-epatico.

Spesso sono reperti acidentali in operati di stenosi, ulceri, cancri intestinali, talora si rivelano come un *tumore* addominale.

Sovente persistono lungamente, ma, nella maggioranza dei casi scompaiono, sostituite da noduli o tratti fibrosi, biancastri: quest'evoluzione indica la terapia e se compressioni od occlusioni viscerali causate da tali tumori esigono un intervento, questo sarà diretto non contro le cisti, ma contro le lesioni secondarie che esse hanno provocato in quanto la loro situazione nello spessore stesso della parete intestinale rende irrealizzabile ogni tentativo radicale.

Bang nel 1876 invocava la natura neoplasica a spiegare queste cisti; Iager le attribuiva al *bacterium coli* aerogene; Kitt, Schmetzer, Rey a traumatismi semplicemente o associati a fermentazioni od a un catarro della mucosa ovvero alla decomposizione del lattosio (Deutsch).

È certo che la localizzazione di tali gas è nei linfatici e nella composizione preponderano l'ossigeno, l'idrogeno, l'azoto in proporzioni varie.

MONTELEONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI IN TORINO
SEZIONE CHIRURGICA DIRETTA DAL PROF. BOBBIO

Sopra un caso di peritonite sierosa traumatica circoscritta.

per il dott. ABOULARAGE GIUSEPPE, assistente

A... A..., d'anni 7, da Bianzè, entra nell'Ospedale il 19 novembre 1918. Padre e madre viventi e sani. La madre ebbe due parti a termine, normali, fisiologici. Dei figli uno morì in tenera età pare di affezione intestinale, l'altro non sofferse alcuna malattia degna di nota, eccetto quelle comuni dell'infanzia, quali il morbillo, la pertosse, gli orecchioni.

Il piccino il 22 settembre 918, ore 12.30, fu invitato a tenere un carro dalla parte posteriore. Per un movimento del carro venne schiacciato tra questo e un muro. Il bambino accusò subito dolori all'addome, specie intorno all'ombellico e, fatti due passi, cadde svenuto. Il dolore acuto, che continuò per parecchie ore, andò diminuendo, ma il bambino ebbe grande debolezza, malessere e alvo chiuso. Il giorno 27-28, cioè 5-6 giorni dal trauma, in seguito a clistere, ebbe due o tre scariche sanguigne, non vomito, sebbene durante la digestione accusasse senso di oppressione e dolore allo stomaco. In questo periodo di tempo non ebbe febbre, nè, a detta dei parenti, si notò alcuna tumefazione. Il 2 novembre, dopo 2-3 giorni di scariche normali, ne ebbe ancora di quelle sanguigne con sangue nero.

La notte del 3 il piccino, per la prima volta, accusò dolore localizzato al quadrante superiore sinistro e la madre notò una tumefazione. Perciò il 4 novembre venne portato nell'Ospedale infantile Regina Margherita e ricoverato fino al 19 nella sezione medica del prof. Mensi, che gentilmente volle favorirmi il decorso della malattia e che io per maggiore brevità riassumo.

Entrato in quell'Ospedale, il piccolo ammalato presentava addome normale, timpanico, indolente, eccettuata una zona situata nel quadrante supe-

riore sinistro, dove trovasi una tumefazione a forma emisferica, ricoperta da cute normale, limitata all'interno dal prolungamento della linea mediana, in basso a 4 centimetri circa dall'ombellicale trasversa, lateralmente da una linea che passa a 2 centimetri all'esterno del prolungamento della mammellare sinistra, in alto dell'arcata costale. Questa zona è sollevata e tesa, ma non dolente, nè fluttuante, nè mobile con la respirazione. Alla percussione si rileva un'ottusità che conduce in alto al margine superiore della VI costa e si estende in basso fino a circa 6 centimetri dall'arco costale; a destra è limitata dal prolungamento della linea mediana e a sinistra si confonde con l'ottusità della milza. Il fegato in alto giunge fino alla VI costa, in basso sporge 1 centimetro circa. La milza arriva fino alla IX costa. Esame delle orine negativo.

Alla radioscopia si rileva il fegato di volume normale, mobile nella respirazione; la milza, invece, si presenta enormemente ingrossata, mobile pur essa, quantunque meno del fegato, durante gli atti respiratorii. I limiti rilevati dall'ombra radioscopica corrispondono a quelli della tumefazione sopradetta.

Nei primi tre giorni di degenza il bambino ebbe tre scariche sanguigne, con sangue nero e dolori piuttosto forti durante la defecazione; ma non ebbe mai vomito.

La tumefazione dopo alcuni giorni si fece nettamente fluttuante, per cui si ricorse ad una puntura esplorativa con la quale uscì un liquido a forte pressione, limpido, non giallastro. L'esame di questo ha dato microscopicamente esito negativo, perchè gli elementi erano tutti in preda a degenerazione granulo-grassa.

Inoltre l'esame chimico dimostrò la presenza di cloruri e abbondante albumina.

La tumefazione in questo periodo subì delle oscillazioni di volume ed alla uscita dell'a. dallo ospedale infantile raggiunse in alto il margine superiore della VI costa, all'interno la mediana sternale, in basso una linea che passa a 2 centimetri dall'ombellicale trasversa ed all'esterno si confonde con l'ottusità splenica. Al limite inferiore del tumore si palpava un cordone a risonanza timpanica che talvolta si irrigidiva sotto la mano: si tratta con tutta probabilità del colon trasverso.

La temperatura non ebbe alcun rialzo degno di nota, se si eccettui il 23 ottobre in cui raggiunse i 38.5, mentre il polso fu sempre frequente, da 100 a 150.

In queste condizioni l'ammalato venne portato nel pomeriggio del 19 novembre all'ospedale San Giovanni nella sezione chirurgica diretta dal professore Bobbio.

Il mattino seguente esamino il piccolo ammalato: stato generale assai deperito, scarso pannicolo adiposo, sviluppo muscolare esile, colorito della pelle pallido, poliadenopatia. All'esame del capo presenta bozze frontali e parietali rilevate, pupille uguali reagenti alla luce. Faringe e collo normali. Nulla ai visceri toracici. Le epifisi delle ossa sono ingrossate. I riflessi addominali, cremasterici, patellari e achillei sono presenti.

L'addome è assai aumentato di volume con forma a bombé e cicatrice ombellicale pianeggiante. Alla percussione si rileva suono ottuso sopra tutto l'addome, è timpanico solo sulla ombellicale trasversa. La tumefazione di cui sopra non è più constatabile, nè con la percussione, nè con la palpazione, essendo la cavità addominale occupata da liquido libero, come si potè constatare e col provocare il fiotto e col cambiamento di posizione dell'ammalato.

Il giorno seguente, cioè il 21 novembre, venne eseguita dal prof. Bobbio la laparatomia esplorativa.

Cloro-narcosi. Laparatomia pararettale sinistra. Aperto il peritoneo, fuoresce del liquido sieroso limpido, di cui si raccoglie una certa quantità per lo esame citoscopico. In corrispondenza del quadrante superiore sinistro si nota una cavità, grande come il pugno d'adulto, a margini frastagliati. Si nota pure che l'estremità sinistra del colon trasverso è intimamente aderente al fondo dello stomaco, per cui non si potè isolarla per via ottusa, e si credette opportuno di non eseguirla per via cruenta, dato lo stato grave del paziente. Ci si accontenta di svuotare il liquido e di ispezionare tutti i visceri addominali che si riscontrano normali. Sutura della parete a duplice strato.

L'esame citoscopico del liquido peritoneale rileva una grande quantità di globuli rossi e qualche globulo bianco e nessun altro elemento, trattasi, cioè, di un liquido schiettamente sanguigno.

Trascorsi i primi tre giorni dall'atto operativo, le condizioni generali dell'ammalato parevano migliorare. Già prima del purgante postoperatorio prendeva volontieri caffè e latte, ed il polso da 150 discese a 80. Purgato alla 5ª giornata, alla sesta gli si tolsero i punti della ferita operatoria che cicatrizzò per *primam*. Ma alla decima giornata si cominciò a notare nuovamente la presenza di liquido nella cavità addominale e in tre giorni lo addome si presentava a bombé, per cui si dovette svuotarla divaricando i margini dell'incisione laparatomica. Ma dopo alcuni giorni ricomparve il liquido in tale quantità da richiedere una seconda paracentesi, dando esito, come precedentemente, ad un liquido sieroso limpido ed inodoro. Frattanto l'ammalato, sebbene si nutrisse di uova, brodo condensato e latte, dimagriva progressivamente, da divenire emaciato e presentare tutti i caratteri della cacchessia; contemporaneamente, senza che il paziente avesse nè singhiozzo, nè vomito, nè rialzo di temperatura, il polso diveniva sempre più frequente e il 19 dicembre egli si spense.

***

È noto dalla patologia come un agente traumatico può colpire l'addome in due zone differenti, distinte a seconda della protezione che le pareti offrono ai visceri endoaddominali. L'una corrisponde alla zona non protetta che dalla sola parete muscolo-aponeurotica e comprende l'epigastrio, la regione periombellicale e l'ipogastrica, zona in cui è vulnerabile il tubo digerente; l'altra corrisponde a regioni meglio difese ed in cui sono vulnerabili i visceri, e comprende gli ipocondrî, protetti dai margini costali, la parte inferiore dei fianchi e le fosse iliache protette dal margine dell'osso iliaco; i lombi difesi dalle masse muscolari.

Nel nostro caso il piccino venne colpito in corrispondenza della regione epigastrica ed ombellicale, ove appunto accusò maggior dolore, per cui si avrebbe dovuto, data l'intensità del trauma,

avere una completa rottura per scoppio dell'intestino o dello stomaco con la conseguente peritonite da perforazione. Invece, dopo circa un mese, si cominciò a notare in corrispondenza del quadrante superiore sinistro una tumefazione che, dopo alcuni giorni, si fece nettamente fluttuante, ed il cui liquido all'esame citoscopico diede i caratteri del liquido prettamente ematico. Si tratta, adunque, di una cisti ematica del peritoneo o di una peritonite sierosa, asettica, con il cui trasudato si è commisto il sangue stravasato.

Inoltre il piccolo malato, 5-6 giorni dal trauma e 3 giorni dalla sua entrata nell'ospedale infantile, ebbe scariche sanguigne che, senza dubbio, dimostrano la rottura dell'intestino e precisamente della sola sua superficie interna, non essendo sopravvenuta la peritonite da perforazione, ma non spiega la causa della morte. Essa si deve, quindi, ricercare in un altro fatto.

Come si disse, l'ammalato, sebbene prendesse sostanze ben nutrienti, deperiva gradatamente senza che avesse qualche sintoma di altre complicazioni. Noi dobbiamo ammettere che il cibo introdotto nello stomaco passasse direttamente nel colon trasverso, per cui non veniva assimilato. Ma come è avvenuta la comunicazione tra lo stomaco e l'intestino? A mio parere credo trattarsi di una rottura dello stomaco con il meccanismo formulato da Jobert della perforazione per schiacciamento, per *pincement*, caratterizzata anatomicamente da una rottura incompleta, che diminuisce in larghezza dalla mucosa alla sierosa e che, avvenuta l'aderenza tra stomaco e intestino, nel punto leso, che rappresenta un *locus minoris resistentiae*, il succo gastrico abbia digerito lentamente la sierosa tanto quella dello stomaco stesso che dell'intestino e quindi si è formata una fistola gastro-enterica, attraverso alla quale passava il cibo ingerito che perciò veniva eliminato con le sue sostanze nutritive.

La successione dei fatti morbosi nel nostro piccolo paziente può spiegarsi e riassumersi nel seguente modo: il trauma violento sofferto sulla regione epigastrica produsse indubbiamente una contusione dello stomaco e del colon trasverso senza perforazione, a cui seguì la peritonite adesiva fra i due visceri e la loro perforazione tardiva, favorita pur anco dall'azione del succo gastrico sulle pareti gastriche e coliche, già contuse e parzialmente mortificate. Donde i segni di emorragia intestinale, di peritonite adesiva, di peritonite sierosa circoscritta nel quadrante superiore sinistro, che andò rapidamente aumentando finchè la cavità cistica, che prima era nettamente localizzata tanto da far pensare ad una cisti traumatica a carico della milza, si ruppe, e ne venne una forma generalizzata a versamento sieroso quale fu riscontrata al tavolo operatorio. Allora si potè constatare anche che la primitiva sacca endoperitoneale era circoscritta tra la milza, lo stomaco, il colon e l'epiploon e che si era formata un'intima aderenza, larga circa uno scudo d'argento, tra il fondo dello stomaco e il colon trasverso, a poca distanza dall'angolo splenico. Era avvenuta certamente una gastro-enteroanastemosi postraumatica, alla quale si deve la rapida denutrizione del paziente, nè si poteva pensare, dato il rapido aggravarsi dello stato generale, ad un intervento inteso a liberare i visceri e a suturarne a parte la lesione.

Il caso mi pare interessante; e per la lesione dei visceri interessati, e per la sintomatologia poco chiara offerta dal paziente durante il periodo di formazione della peritonite sierosa, e per la constatazione di una peritonite circoscritta di natura traumatica.

Torino 15-4-19.

STRUMENTI E APPARECCHI NUOVI.

Fissatore dell'ago per iniezioni endovenose.

Dott. ALEARDO CERIOLI.

L'iniezione endovenosa generalmente si pratica immettendo nella vena l'ago libero, adattando in seguito all'ago il becco della siringa, oppure il tubo di gomma apportatore del liquido da iniettare. È facile che durante queste manovre ed anche più tardi la punta dell'ago fuoriesca dalla vena. Per ovviare a questo inconveniente, varii mezzi si sono escogitati.

Io ho pensato di montar l'ago sopra un piccolo apparecchio — un portaghi — munito di un pezzo mobile, un'asticella articolata per un suo estremo, che possa venir abbassata, quando l'ago sia già nella vena, in modo da disporsi parallelamente a questo e possa far pressione continuata coll'estremo libero sulla pelle in corrispondenza della punta dell'ago, in contrasto col medesimo. L'ago ed il pezzo ora accennato, essendo attaccati ambedue al portaghi ed operando come le branche di una pinza, serrando cioè fra le loro estremità la pelle, il connettivo sottocutaneo e la parete della vena, nella quale l'ago sta colla sua punta, è chiaro che questa ultima non potrà alterare i propri rapporti per qualunque movimento accidentale inopportuno. La resistenza dell'ago è sufficiente per raggiungere questo scopo.

Lo strumento è costituito da una lamina rettangolare allungata (base) destinata a posarsi trasversalmente sull'avambraccio, dal mezzo della quale

sorge una specie di dado (dado centrale) forato in senso anteroposteriore. Un'estremità del foro è destinata a ricevere il becco della siringa, l'altra estremità si continua in un pignone uguale ad un becco di siringa, su cui viene applicato, con attacco a baionetta, l'ago. Al disopra del foro il dado porta l'articolazione del pezzo mobile che deve discendere sulla pelle parallelamente all'ago per fissarne la punta, come si

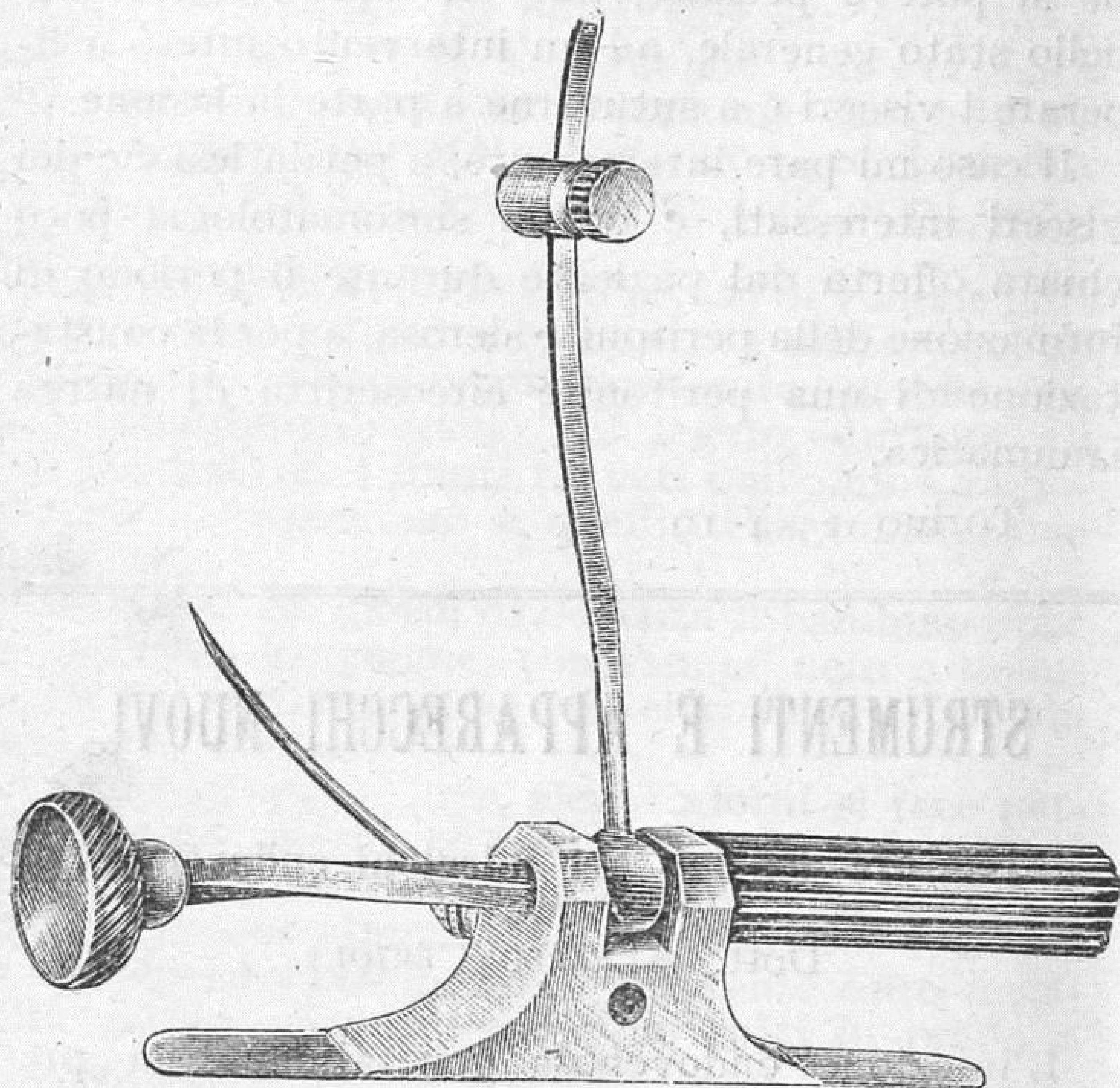


Fig. 1.

disse sopra. Questo pezzo, foggiato come un piccolo martello, che in posizione eretta fa coll'ago un angolo di circa 90° (Fig. 1) e percorre un quarto di cerchio a modo del raggio d'una ruota per portarsi parallelo all'ago (Fig. 2), è costi-

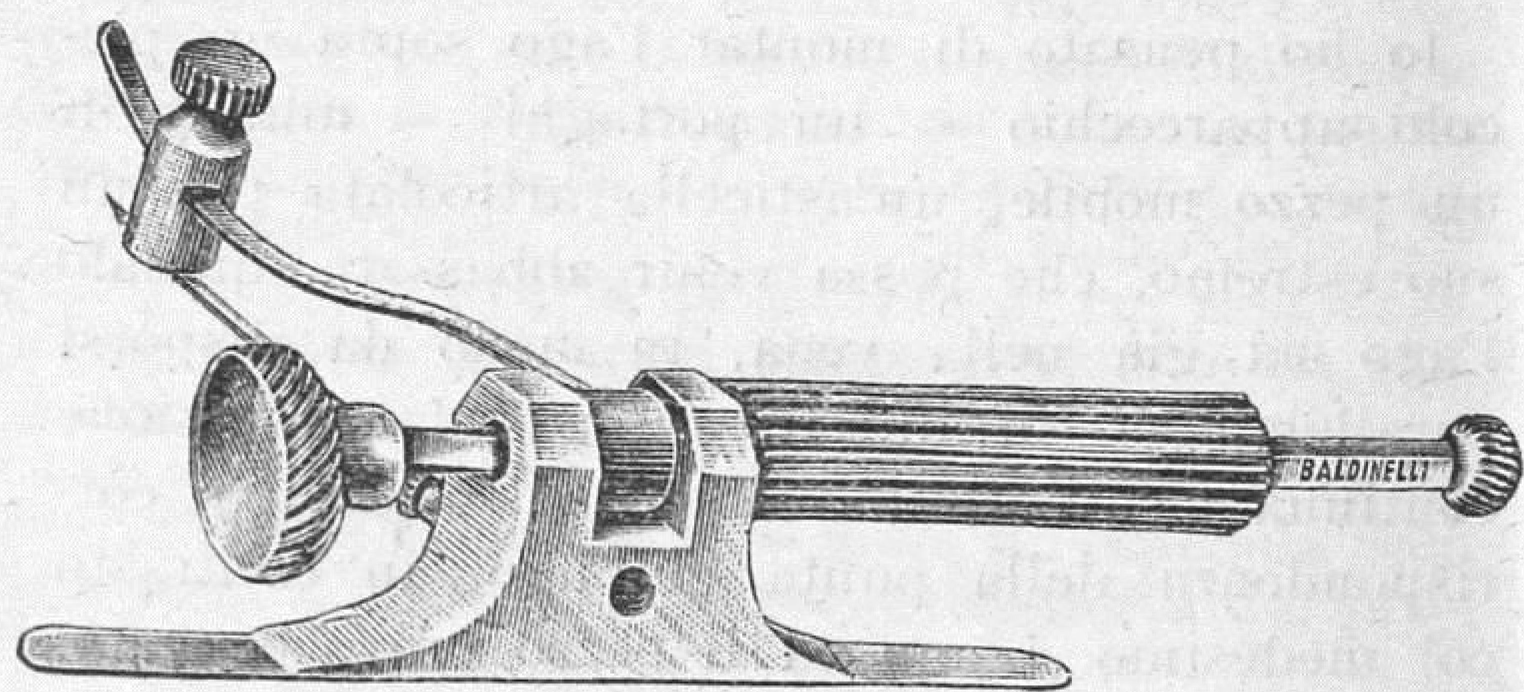


Fig. 2.

tuito da una lamina stretta ed allungata, elastica (manico del martello), e da una testa, la quale può venir fermata con vite a pressione in qualunque punto, più innanzi o più indietro, della lamina anzidetta; ciò perchè abbassata venga a cadere sempre in corrispondenza della punta dell'ago, qualunque ne sia la lunghezza. La posizione della testa del martello dev'essere graduata in modo che quando si trovi abbassata *non venga a cadere proprio sull'apice della punta dell'ago,* chè la rovinerebbe, *bensì uno o due millimetri più indietro.* La superficie che deve far pressone sulla pelle è rigata trasversalmente a guisa delle punte di una pinza anatomica, perchè non scivoli.

I movimenti del martello sono determinati da un meccanismo molto semplice, in tutto analogo a quello che fa avanzare o nascondere la punta di certe penne e lapis tascabili, meccanismo di cui è parte essenziale un'asta scorrevole a sezione quadrangolare, a superfici in parte elicoidali, in parte piane, che, parallela alla base, attraversa l'articolazione del martello, e spinta da sinistra a destra lo abbassa, spinta in senso contrario lo solleva. Quando l'asta scorrevole sia stata spinta verso destra ed abbia determinato l'abbassamento del martello, quest'ultimo resta fissato in detta posizione anche se l'operatore abbandona l'apparechio, e continua a far pressione per la propria elasticità sulla punta dell'ago. Tale pressione non riesce affatto dolorosa. Naturalmente la boccuccia della punta dell'ago guarda in basso, chè in caso contrario si otturerebbe restando compressa contro la parete della vena.

Il dado centrale infine porta al suo lato destro un tubetto rigato, il quale funziona da manico dello strumento.

Il portaghi ora sommariamente descritto facilita l' iniezione endovenosa non solo fissando l'ago poi che è stato infitto nella vena, ma anche agevolando la manovra di infissione. Riesce alquanto malagevole infatti manovrare un ago libero tenuto con due sole dita, sopratutto quando si debbono iniettare certe vene molto piccole o profonde. Il portaghi invece rende più sicura la prensione e permette in caso di bisogno la manovra con ambe le mani, il che dà maggiore sicurezza nei piccoli movimenti.

Tecnica dell'uso dello strumento. — Lo strumento va tenuto col pollice e l'indice della destra applicati al tubetto-manico, non in altro modo — non per es. con un dito sotto la base che impedirebbe l'abbassamento di questa sull' avambraccio. Mentre la mano sinistra tiene l'avambraccio del paziente e col pollice stira la pelle in guisa che la vena prescelta al gomito resti tesa e non sfugga lateralmente dinanzi all'ago, si infigge questo obliquamente alla superficie della pelle. L'operatore si accorge d'esser penetrato nella vena dalla fuoruscita del sangue, ma prima ancora da una speciale sensazione di vuoto. Allora la mano sinistra lascia la presa dell'avambraccio e la trazione della vena, la quale raccorciandosi diventa più voluminosa e facilita così un'introduzione ulteriore del-

l'ago. L'ago infatti, perchè l'iniezione avvenga con sicurezza senza incidenti, dev'essere *ben* collocato nella vena. Occorrendo, la mano sinistra si avanza ed appoggiando l'indice leggermente sullo strumento contribuisce a guidar l'ago. Infine l'indice della sinistra si porta sulla vena e la palpa leggermente — senza comprimerla — mentre l'indice ed il pollice della destra che tengono ancora il tubetto-manico imprimono a quest'ultimo dei leggeri movimenti rotatorî alternati in senso verticale. Con ciò la punta dell'ago si innalza e si abbassa alternativamente nel lume della vena; urta contro la parete anteriore, l'abbandona, va a sentir la resistenza della parete posteriore, torna in alto, ecc., mentre l'indice della sinistra controlla questi movimenti. Con tal manovra l'operatore giunge ad apprezzare in modo nettissimo se l'ago sia libero o no nel lume venoso. A questo punto non resta che spingere da sinistra a destra (colla sinistra, mentre la destra tiene sempre il tubetto-manico) l'impugnatura dell'asta scorrevole — il che si compie colla massima facilità, senza pericolo di spostamenti —: il martello si abbassa e fissa l'ago. Verificato se il sangue continua a scorrere dall'ago a gocce continue e tolto il laccio al braccio, si introduce nel foro del dado centrale il becco della siringa e si procede all'iniezione. Il piccolo volume della testa del martello non ostacola affatto la visione delle regioni limitrofe alla punta dell'ago mentre si compie la immissione del medicamento.

La manovra ora descritta si impara con somma facilità e diventa in breve quasi automatica. La facilità e la sicurezza con cui riescono possibili le iniezioni endovenose permettono di praticarle su vasta scala ed anche in vene sottili o profonde. Spesso ne ho eseguite in bambini di 3-4 anni, e negli infanti di età più tenera ho potuto molte volte farle al collo, nella giugulare superficiale, inturgidita durante i moti respiratorii del bambino in pianto, senza applicare alcun laccio.

Per rendersi ben conto della vena, nulla di meglio che palparla *immediatamente* prima di infigger l'ago con un dito previamente disinfettato o calzato con ditale di gomma. È importante graduar sempre giustamente la tensione del laccio al braccio: vene anche molto piccole possono acquistare un volume considerevole quando siano ben turgide. Se per avventura l'operatore dubitasse di non èsser riuscito a ben collocare l'ago nella vena, prima di introdurre il farmaco, potrebbe iniettare qualche centimetro cubo di soluzione fisiologica di Na Cl sterilizzata, cui sia stato aggiunto un granello di canfora. Questo liquido di prova, che grazie alla canfora si conserva sterile, determina, quando fuoresca dalla vena, un dolore vivace momentaneo che fa bene apprezzare l'impossibilità di procedere all'iniezione del medicamento e d'altra parte non è seguìto da tumefazione persistente.

Gli aghi dell'apparecchio sono un po' curvi a concavità in alto, perchè ciò, evitando un possibile incurvamento in senso contrario, dovuto alla resistenza della pelle, facilita l'infissione. Possono applicarsi allo strumento aghi di qualunque calibro. Possono riaffilarsi con qualunque mola circolare, ma se son ben tenuti l'affilatura dura abbastanza a lungo. Per evitare che coaguli sanguigni indurendosi otturino la cannula dell'ago è *indispensabile* farvi passare acqua preferibilmente tiepida *immediatamente* dopo terminata l'iniezione; lo spirito saponato alcalino serve ottimamente in seguito per lavarli e mantenerli ben pervii.

Occorre qualche avvertenza con siringhe a becco di vetro per non romper quest'ultimo, mentre si spreme il liquido dalla siringa e si tien contemporaneamente lo strumento pel suo manico.

L'apparecchio è sterilizzabile e si può scomporre per pulirlo nelle sue varie parti.

A me serve da parecchi anni; mi sembra assai comodo e pratico e credo possa contribuire a volgarizzare l'uso delle iniezioni endovenose.

Lonato, ottobre 1919.

STORIA DELLA MEDICINA.

Cenni sulla vita e sulle opere del medico trentino Giambattista Borsieri (1725-1785).

La prima celebrità trentina nel mondo medico dei tre ultimi secoli è certamente Giambattista Borsieri.

Nacque egli ha Cinezzano, terra situata fra Trento e Pergine, all'entrata nella Valsugana, nell'anno 1725. Finiti gli studi liceali a Trento, studiò egli anatomia e medicina a Padova e a Bologna, con un'applicazione ed un fervore più unico che raro, così che egli si meritò ben presto la stima illimitata del celebre suo maestro Beccari, cui, ancora studente, Borsieri sostituiva nelle sue frequenti assenze. Laureatosi nel 1744 passò egli, dietro espresso invito della città di Faenza e per speciale raccomandazione del Beccari, nell'anno 1746, in quella città come protomedico e subito si distinse nel combattere un'epidemia ivi scoppiata di febbri petecchiali maligne. A Faenza visse come medico di rione e medico pratico ben 24 anni,

amato e venerato da poveri e ricchi non solo della città, ma di tutta la vasta provincia, come ne fanno fede le molteplici attestazioni di stima e di gratitudine prodigategli in ogni occasione dal municipio di Faenza, dai più distinti personaggi di quella regione e dai numerosi amici, come si legge nelle lettere a lui dirette, raccolte e pubblicate dall'esimio direttore dell'ospitale di Trento, dott. Emilio Dallarosa, nell'occasione che dai medici trentini si celebrò il primo centenario della sua morte nel 1885 perpetuandone la memoria coll'erigere a cura dell'associazione medica trentina una lapide ricordo sulla casa paterna a Cinezzano.

Dietro ripetuto ed insistente invito del ministro plenipotenziario di Lombardia conte Firmian si traslocò egli, nel 1769, con sommo rammarico dei faentini, a Pavia per assumere la lettura di medicina pratica e di clinica medica in quell'università, allo scopo di farla risorgere all'antica fama. Dopo qualche anno tenne lezioni anche in chimica, pel qual ramo della medicina egli mostrò sempre un'inclinazione speciale e in questo campo ci lasciò scritti accurati sull'analisi del latte, che gli procurarono gran nome anche all'estero.

Come insegnante pubblicò diverse opere di poca importanza in confronto alla grandiosa pubblicazione col titolo « Istituzioni di medicina pratica », scritta originariamente in latino e tradotta poi in italiano e in diverse altre lingue.

Ma egli non fu soltanto medico pratico valente ed instancabile e maestro idolatrato dai suoi scolari, ma ben anche cultore delle muse e della letteratura bella e fece parte dell'accademia dei 12 scienziati di Faenza, nota sotto il nome dei Filoponi, scrivendo delle pregiate elegie latine. Lavorò pure a Faenza nell'archivio della città e a Pavia fu per volere del cardinal Borromeo nominato lettore accademico del rispettabile collegio dei Borromei.

Egli fu pure per 3 volte (1772-73-76) rettore dell'università e Maria Teresa lo voleva dichiarare rettore perpetuo, onore che egli per somma modestia e per non suscitare l'invidia e offender l'amor proprio dei suoi colleghi rifiutò con insistenza.

Già da anni malandato in salute per continuare nel suo ufficio con quella diligenza innatagli, cedette finalmente alle insistenze di Maria Teresa, che lo volle medico di suo figlio Ferdinando e della moglie Beatrice d'Este, e si trasferì nel 1778 a Milano come medico di corte.

Ma anche qui non trovò sollievo ai suoi mali, chè la malattia di reni, che da anni lo travagliava, andò lentamente peggiorando e nel 1885 lo trasse alla tomba.

Prima di morire ordinò che il suo cadavere, per esser utile anche dopo morto scoprendo la natura del suo male insolito, venisse sezionato.

Il risultato della sezione è contenuto nel manoscritto della sua vita, compilato dal figlio Virgilio e conservato nella biblioteca civica di Trento.

Di Borsieri si può ben dire che fu medico, filosofo, chimico, botanico, anatomico, storico, antiquario, numismatico e poeta, mostrando egli interesse sommo per ogni ramo dello scibile umano.

Trento. P. SEMBIANTE.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA E SEMEIOTICA.

Metodologia della diagnostica medica.

Slotopolsky (*Deusch. Mediz. Wochens.*, 1919, n. 36) osserva giustamente che la medicina moderna non ha ancora una sua metodologia: mentre la tecnica della diagnosi medica va rapidamente perfezionandosi, affinandosi con dati critici ed analitici, la sua teoria logica è affatto trascurata. Chi fa una diagnosi segue, è vero, direttive logiche, ma inconsciamente, ligio ad una tradizione mentale e ad un istinto metodologico, non per un sistematico abito razionale.

La diagnostica ci offre abitualmente come differenziati il criterio clinico e l'anatomopatologico: orbene, è già questa una distinzione imprecisa. L'un termine non esclude l'altro: la diagnosi clinica (ossia sul paziente in vita) tiene pur conto di vari elementi anatomopatologici, e sopratutto nella medicina cosiddetta « esterna ». Il concetto di *clinico* è assolutamente spostato, da quando si confonde ciò che è tecnica da ciò che è metodo: di fronte alla logica razionale, le antitesi « clinico e sperimentale », oppure « clinico e pratico » sono dei nonsensi. Valga un esempio: allorchè le reazioni delle precipitine dimostrarono speciali affinità chimiche tra il sangue dell'uomo e quello dei primati, si proclamò subito — e l'idea permane tutt'oggi — che la parentela filogenetica tra l'uomo e la scimmia trovava in ciò una dimostrazione *sperimentale*. In realtà, non s'era fatto che aggiungere alle molte prove anatomiche di tale parentela una interessante prova fisiologica ed il *metodo* con cui la si era ottenuta non differiva dal metodo anatomico. La differenza era meramente *tecnica*: qua si lavorava con la provetta, là con bisturi e pinze, ma in ambo i casi si era seguito il metodo logico comparativo. Nulla vi aveva a che vedere il metodo sperimentale, che presuppone isolamento e variazione di condizioni biologiche per iscoprirne l'affinità funzionale.

La differenziazione moderna fra diagnosi cli-

niche e anatomopatologiche è dunque priva di valore ai fini della metodologia, e dobbiamo partire da altri punti di vista.

Le scienze positive possono affermare il rapporto tra i fenomeni naturali in due diversi modi: *ideologico* e *reale*. È metodo ideologico quello che ci fa accostare, p. es., la scarlattina al tifo, perchè entrambi le forme morbose hanno un'etiologia infettiva. Dicendo invece: il rumore sistolico dell'insufficienza mitralica è dovuto al reflusso, ecc., ecc., noi affermiamo un rapporto reale tra i due fatti (insufficienza e soffio), ossia un rapporto d'interdipendenza funzionale.

Ne viene che il biologo può porsi due compiti affatto distinti dal punto di vista metodologico: o esaminare un dato oggetto naturale nei suoi caratteri distintivi, per poi catalogarlo sotto un concetto corrispondente; oppure investigare la causa del fenomeno naturale in esame. Il primo è il compito quotidiano del cultore di botanica o di zoologia *sistematica,* il secondo è il metodo di scelta per il fisiologo. Orbene, il medico, come diagnosta, deve usare ambo i metodi, a seconda del caso in discussione. Lo psichiatra, per es., deve seguire il metodo logico diretto del naturalista, investigando i caratteri della malattia e catalogandola nella corrispondente categoria ideologica. È questa, secondo l'A., la *sistematica medica,* che si vale del metodo comparativo puro: confronto del contenuto ideologico d'un concetto nosografico coi caratteri contingenti della malattia in esame.

Essa è frequente anche in medicina interna, e si estende a tutte le diagnosi mediante le quali — con una mera operazione mentale di comparazione logica — noi riportiamo il caso in esame ad un concetto ideologico sistematizzato; il quale può essere non soltanto un concetto sindromico (es., sindrome del Ménière, ecc.), ma anche nosografico: malaria, grippe, e via dicendo. Le diagnosi dirette dell'anatomopatologo e degli specialisti di medicina « esterna » si riducono esse pure a questo procedimento.

Affatto diversamente stanno le cose per buona parte delle diagnosi di medicina interna: esse sono indirette, per illazione, e promanano da una valutazione *causale* dei fatti rilevati con l'esame. Se, p. es., l'esame ha dimostrato fra l'altro, un rumore sistolico sulla mitrale ed un rinforzo del II tono sulla polmonare, noi inferiamo dai due fatti l'esistenza di una insufficienza mitralica, giungendo alla diagnosi per illazione.

Si tratta, in sostanza, non più di sistematica medica, ma di fisiopatologia.

La sostanziale differenza fra diagnosi dirette e indirette ha un notevole interesse pratico, quando esse vengano poste *intra vitam.* La diagnosi diretta, ideologica, sistematica presenta la minima possibilità d'errori: tutto sta nel rilievo esatto dei fenomeni morbosi. Nella diagnosi indiretta, invece, la conclusione può essere viziosa o impossibile, e la cosiddetta « diagnosi clinica » venir modificata o dimostrata assurda dal settore.

La medicina interna, da Rokitansky e Skoda in poi, tende sempre più a sostituire le diagnosi ideologiche pure, a base di complessi sindromici, con diagnosi indirette, per inferenza, a base di alterazioni organiche: da ciò le crescenti difficoltà che il medico interno deve superare.

Un'accurata analisi dell'attività diagnostica pratica sembrerebbe in realtà non giustificare la accennata recisa separazione fra i due metodi logici di diagnosi.

Occorre qui sottilizzare un poco. Chi inferisce la diagnosi di vizio cardiaco, di tabe, ecc. (diagnosi che pure caratterizziamo come conclusive), non ha in realtà tratto alcuna conclusione, ma solo catalogato il complesso sindromico riscontrato in quel punto della rubrica ove è un concetto ideologico che vi corrisponde. In tali casi, gli sia o non gli sia noto il rapporto funzionale tra sintomi e malattia, il medico che pone la diagnosi segue evidentemente questo ordine di pensieri: i sintomi da me rilevati corrispondono alle caratteristiche della tabe: dunque il malato è un tabetico.

Che differenza allora tra questo giudizio e quello che dicemmo diretto, sistematico? Ecco: la tabe, per il medico che la diagnostica, non è una semplice parola, bensì contiene tutto un concetto anatomopatologico. Dunque, il medico, così facendo, rubrica sì i sintomi rilevati sotto un concetto sistematico, ma il concetto è quello di « fenomeni conseguenti alla tabe ». Ed è da questi fenomeni ch'egli deve appunto in secondo tempo inferire la diagnosi di tabe: ecco che una inferenza, un giudizio indiretto è, in ultima analisi, sempre presente nella sua diagnosi.

Che queste differenze non siano sofistiche lo dimostra il fatto che identici fenomeni morbosi non sempre derivano da identica malattia, talchè il concludere da essi può indurre in errore.

Valga un esempio. In un leucemico, in cui l'enorme tumor di milza ha notevolmente ridotto il cavo pleurico sinistro, l'esame del petto darà: fremito vocale diminuito, ottusità assoluta alla base sinistra posteriormente e nello spazio di Traube, respiro indebolito, ossia tutti i sintomi d'una pleurite essudativa sinistra [e la mobilità dei margini? — *N. d. R.*].

Se dunque, in questo caso, volessimo raggruppare il complesso sintomatico riscontrato semplicemente sotto il concetto di « pleurite », che *apparentemente* vi corrisponde, commetteremmo un

grave errore diagnostico, ad onta del corretto procedimento logico [non corretto, mancando il dato fondamentale del comportamento dei margini polmonari nel respiro. — *N. d. R.*]. La sintomatologia riscontrata risponde dunque non al concetto di « pleurite » ma al concetto di « fenomeni conseguenti alla pleurite ».

La diagnosi di pleurite può dunque — *intra vitam* — esser posta soltanto per illazione: la diagnosi diretta, ideologica è, in tal caso, solo apparentemente possibile.

Concludendo: le diagnosi cliniche, dal punto di vista logico, possono distinguersi in:

1) diagnosi *ideologiche* (dirette, comparative, medico-sistematiche), tra le quali van comprese le diagnosi anatomo-patologiche;

2) diagnosi *causali* (indirette, conclusive, fisio-patologiche).

A questi due procedimenti mentali si possono ricondurre i metodi non solo della diagnostica medica, ma delle singole scienze biologiche; tale significato hanno appunto la *biotattica* e la *biofisica* di Tschulok, esposte nel suo volume « Il sistema della biologia nella dottrina e nella ricerca ».

RUSCA.

La palpazione addominale a mani sovrapposte.

È così che il Boeri (*Riforma Medica*, 1919, numero 41) chiama quel procedimento mediante il quale la palpazione addominale viene eseguita sovrapponendo sulle dita della mano sinistra prementi sull'addome, quelle della mano destra. Tale metodo, pel primo segnalato dal Campani nel 1914 col nome di *palpazione mediata*, rende ottimi servigi nel caso di addome voluminoso, a pareti spesse, o contratte o con pressione intraaddominale notevole, per cui si richieda di affondare le mani con un certo sforzo.

L'A. si ferma a dimostrare le ragioni psicomeccaniche che debbono far preferire questo metodo alla palpazione unimanuale. Dato l'affaticamento, data la confusione, per un cumulo di funzioni motrici, sensitive, intellettuali, che con questa si determina, si comprende il vantaggio che si ottiene nel lavoro psichico più complesso del giudizio semeiologico separando con la palpazione a due mani, lo sforzo muscolare (con la rispettiva sensibilità o coscienza muscolare) dalle altre funzioni, la percezione sensitiva.

Volendo riassumere le argomentazioni che debbono far preferire la palpazione addominale a mani sovrapposte su quella comune o diretta, ad una mano sola, l'A. afferma che la ragione di tale preferenza è la stessa per cui, nella esperienza comune, alle conferenze, a scuola, a teatro, ecc., si ascolta e si impara di più stando comodamente seduti che rimanendo in piedi.

MONTELEONE.

La temperatura della cute nelle malattie addominali.

La temperatura superficiale della cute può venire determinata, piegando la pelle sul bulbo di un termometro ordinario, e facendo la lettura dopo tre minuti. Bisogna sempre paragonare i due lati opposti.

Nelle infiammazioni chirurgiche dei visceri addominali (eccettuatone il rene), non vi è elevamento di temperatura della pelle sovrastante.

Nelle infiammazioni unilaterali del rene, vi è spesso un elevamento locale della temperatura. Nel 74 % dei casi di suppurazione renale, la temperatura del lato affetto è più alta che quella del lato opposto di circa 1/2 grado (M. E. Alexander. *New York med. Journ.*, 21 giugno 1919).

Nella tubercolosi renale, in stadio avanzato, la temperatura cutanea può essere più bassa dal lato affetto.

Nella diagnosi delle affezioni suppurative dei reni, la ricerca della temperatura cutanea può dunque essere di qualche aiuto.

fil.

La diagnosi delle sindromi dolorose nella regione della cistifellea.

La regione anatomica circoscritta dal bordo costale, la parasternale destra prolungata, la ombelicale trasversa, la linea ascellare destra, è sede frequente di dolori che possono esser provocati da lesioni della vescica e vie biliari, del piloro, del duodeno, dell'angolo del colon, del rene, del bacinetto ed origine dell'uretere; infine da affezioni dello scheletro.

Secondo il Parturier (*Revue de Chirurgie*, 1918), parlano per una localizzazione al colon: la superficialità del dolore, una spostabilità trasversale e dall'alto al basso dell'organo dolente, la possibilità di determinare onde di peristalsi che si propagano da un segmento all'altro del colon ed il fatto di potere apprezzare sotto le mani che palpano contrazioni e rilasciamenti dell'intestino.

La diagnosi tra una affezione vescicolare e la sindrome piloro-duodenale è più difficile specialmente per il risentimento reciproco del fegato, dello stomaco e dell'intestino in lesioni di ambedue gli organi. La constatazione del dolore inspiratorio provocato dovrebbe farci propendere per una lesione vescicolare. Tale fenomeno si ricerca affondando l'indice nella regione cistica

fino a provocare dolore; se, invitato il paziente a fare una profonda inspirazione, il dolore si accentua, esso è d'origine cistica; se resta immutato è di origine duodenale o pancreatica. La localizzazione alta del dolore (a livello della fossetta cistica) o bassa (a due dita sotto di essa) dovrebbe servire a determinare in quale porzione del duodeno risieda la lesione.

A tale scopo è però valido aiuto lo studio dei segni concomitanti: l'ulcera della prima porzione dà più spesso vomiti acquosi; quella del terzo medio vomiti biliari ed ittero; quella della terza porzione dà piuttosto reazioni intestinali con spasmo, scariche mucose sanguinolenti, e talvolta tenesmo vescicale e rettale.

Favorevole alla diagnosi di un'affezione della cistifellea è pure la constatazione del punto doloroso frenico a destra, che si rivela alla pressione esercitata tra i capi dello sterno-mastoideo al disopra dell'articolazione sterno-clavicolare. Una lesione gastrica o duodenale dà più di frequente un punto doloroso a sinistra.

Siffatte ricerche non sono possibili durante il periodo acuto se non in seguito ad un clistere laudanizzato che permette il rilasciamento delle pareti e quindi la discriminazione dei vari punti e segni dolorosi.

D. M.

TERAPIA.

Il trattamento dell'orticaria.

Le cause dell'orticaria possono essere esterne od interne; fra le prime si annoverano le punture di ortiche, di insetti, l'azione di agenti irritanti in soggetti predisposti (neuroartritici). Le cause interne possono essere date da medicamenti (balsamici, salicilato di soda, solfato di chinina, arsenico), da alimenti (latte cattivo, molluschi, pesci di mare, fragole, alcuni formaggi, ecc.) o da disturbi organici diversi (malaria, febbri eruttive, vermi intestinali, isterismo, ecc.).

Contro l'orticaria da agenti esterni, basta sopprimere la causa. Se si tratta di ingestione di medicamenti, si prescriverà, oltre alla soppressione di questi, un purgante leggiero (eventualmente nei casi gravi un emetico), dieta lattea e poi alimentazione leggera, accompagnata da lassativi quotidiani.

Numerosi sono i medicamenti raccomandati contro l'orticaria; essi però sembrano agire più che altro sulla causa dell'eruzione. Appartengono ad essi il chinino, il salicilato di soda, l'antipirina, le preparazioni solforose arsenicali, l'ammoniaca liquida (12-14 goccie in un po' di acqua), l'ergotina, lo strofanto, il cloruro di calcio (gr. 3 1/2 al giorno in 2-3 volte).

Indicatissimi sono i bagni tiepidi o caldi, alcalini, d'amido, con aceto, emollienti (tiglio, camomilla), da farsi molto brevi nei casi ordinarî e più prolungati in quelli cronici. All'uscita dal bagno, l'individuo si asciuga dolcemente con biancheria sottile, spolverando poi le parti affette con polveri d'amido, contenenti acido salicilico (1-4 %) oppure licopodio o talco o bismuto od ossido di zinco (5-10 %) con aggiunta del 2-3 % di canfora.

Migliori ancora sono le lozioni, preferibilmente calde, da farsi mattina e sera con una spugna bagnata in acqua di malva, di camomilla, di tiglio, di amido, di aceto con o senza aggiunta di acqua di Colonia (un cucchiaio per ogni bicchiere).

Secondo Jacquet (rif. in *Gazz. Osp. e Clin.*, anno 39°, n. 7) l'orticaria è il risultato immediato di un'eccitazione cutanea e basterebbe avvolgere con cotone una qualsiasi parte affetta da orticaria, per calmare completamente il prurito e l'orticaria.

Sarà bene che gli individui predisposti prendano le necessarie precauzioni per evitare il ritorno dell'orticaria, portando vesti non molto calde nè attillate, seguendo un regime severo, con esclusione di alcoolici, droghe, ecc., evitando la costipazione e facendo uso di acque minerali alcaline. Alla comparsa di manifestazioni dispeptiche si cureranno preferibilmente con fluoruro d'ammonio (5 cgr. in 100 cmc. di acqua) prendendone un cucchiaio a metà dei pasti.

fil.

Il trattamento del « pruritus ani » con la medicazione ionica.

W. A. Rolfe (*Boston Med. and Surgical Journal,* 14 ag. 1919) pubblica una nota preventiva su questo metodo, basata sopra 30 casi: esso merita di essere conosciuto largamente.

L'A. ha cominciato ad adottarlo da 6 mesi, periodo di tempo certo non abbastanza lungo per pronunciarsi sui risultati definitivi, ma sufficiente per indicare i vantaggi. I quali risultarono da una parte nella sospensione del dolore, dall'altra nel miglioramento delle condizioni della cute.

L'A. ricorda che Murray ha potuto fissare la etiologia della malattia, riportandola allo *Streptococcus fecalis,* da lui trovato presente nella quasi totalità dei numerosissimi casi esaminati. Egli usò anche un vaccino autogeno, che gli dette buoni risultati in 99 su 113 casi trattati.

Esiste poi la solita cura a base di pomate o

polveri; l'uso del radio e dei raggi X (non scevro di pericoli); la cura chirurgica della sezione dei nervi, la quale, come si comprende dalle moderne vedute sulla etiologia della malattia, non impedisce le recidive; l'applicazione di tintura di iodio per cataforesi: ma poichè le soluzioni alcooliche non sono elettrolitiche, questa non agisce che come disinfettante superficiale locale.

La medicazione ionica ha invece lo scopo di far penetrare il medicamento, sotto forma di ioni, sotto la pelle, a diretto contatto con le cellule: anzi, a differenza dell'iniezione ipodermica, dentro le cellule stesse: essa quindi anzitutto ha una azione più diretta e più stabile.

È noto che gli ioni, liberati da una azione elettrolitica su molti sali metallici, specialmente Zn, Cu e I, hanno un provato valore antisettico e possono raggiungere un utile scopo nel trattamento delle infezioni, quando siano introdotti per mezzo di una corrente elettrica di voltaggio adeguato.

Nel trattamento del *pruritus ani* con la medicazione ionica, può essere che si produca una sterilizzazione: l'A. non ha prove definitive al riguardo, ma ritiene che così avvenga, altrimenti non si spiegherebbe il miglioramento delle condizioni della cute.

È certo d'altra parte che l'applicazione degli elettrodi non solo è indolore, ma non espone al pericolo di ustioni o distruzioni di tessuto.

Nei casi particolarmente refrattari si potrà combinare la medicazione ionica con un autovaccino.

Nei pazienti che formano questa prima serie non venne usata alcuna pomata o lavanda antipruritica: solo si insistette sulla accurata pulizia delle parti.

L'A. ha usato un apparecchio costruito per l'odontoiatria, al quale apportò lievi modificazioni. Esso consiste in un motore portatile, capace di trasformare la corrente stradale da 220-110 a quella di 40 volts, munito di milliamperometro. Gli elettrodi sono: uno, l'indifferente, di forma quadrata, di circa 18 cm. di lato, coperto di un feltro spesso 1 cm., che si bagna in una soluzione 3 % di cloruro di sodio, e viene applicato sotto la natica destra; l'altro, l'attivo, costituito da una placca circolare di 6 cm. di diametro, anch'essa ricoperta di feltro, si bagna nella soluzione medicinale, e curvata in modo da poter essere applicata nel solco fra le due natiche. È necessario curare che gli elettrodi vengano applicati perfettamente sulle superfici da trattare, per evitare penetrazioni irregolari. D'altra parte più larghi sono gli elettrodi e maggiore è la corrente che può essere impiegata con minor disturbo del paziente.

L'elettrode attivo, usando la soluzione di zinco, sarà collegato col polo positivo; mentre sarà unito al polo negativo usando soluzioni di iodio, perchè questo metallo è respinto dal polo negativo.

I casi con macerazione della pelle vennero trattati prima con 2-3 applicazioni di 15-20 m' dell'elettrode attivo, ben impregnato con soluzione 2 % di zinco: trattamento preliminare che ha effetto stimolante sulla pelle. Quindi si usò una soluzione di Lugol (polo attivo negativo), dapprima diluita in 4 parti di acqua distillata, poi sempre meno diluita fino ad usarla pura. Poichè gli ioni di iodio penetrano più profondamente e a una maggiore frequenza che gli ioni di zinco, il tempo di applicazione dello iodio è ridotto della metà. È bene incominciare le applicazioni con una corrente di circa 2-3 *milliampères*, crescendo gradualmente fino a che il paziente comincia ad accusare una sensazione di caldo, mantenendosi quindi al disotto del così detto punto di irritazione.

I casi con cute secca, ispessita, pergamenacea, vennero trattati fin dall'inizio con soluzione di iodio diluita, crescendone poi gradualmente la concentrazione.

Le applicazioni vanno ripetute due volte alla settimana, e meglio ancora tre volte, se la pelle non mostra segni di irritazione: il che è da evitarsi il più possibile, o spaziando le applicazioni, o usando soluzioni più diluite. Il numero delle applicazioni varia con la cronicità dei casi: quelli che durano da più tempo richiedono un trattamento più lungo. È poi bene continuare la cura per due o tre settimane dopo la scomparsa del prurito, ma con una o due applicazioni alla settimana.

SEB.

Il trattamento dei geloni.

O. L. Levin (*Journ. Am. med. Assoc.*, 22 marzo 1919), ha usato con vantaggio i raggi ultravioletti: il trattamento consisteva nell'esposizione delle parti per una diecina di minuti, ad una lampada a vapori di mercurio, tenuta a 25-50 cm. di distanza. In 3-6 sedute le lesioni erano guarite. Il metodo dovrebbe entrare nella pratica.

I buoni effetti di questa cura sono probabilmente dovuti all'azione diretta dei raggi sui vasi periferici e sulla corrente sanguigna; azione di cui si comprende il beneficio quando si pensi che i raggi ultravioletti hanno effetti prevalentemente chimici, e che i geloni consistono in un eritema che si sviluppa in individui a circolazione perife-

quali l'A., lungi dal trovare i vibrioni nel solo
tore. La cura indicata da Levin può essere anche preventiva e non esclude le solite cure locali.

Ricordiamo fra queste, quella indicata da Camescasse (*Bull. médical*, 1918 sett.), che consiste nello spennellare le parti ammalate, due volte al giorno, con soluzione di acido picrico (cg. 50 in alcool e glicerina, ana g. 20). Si lascia seccare all'aria, asciugando eventualmente solo dopo 10 minuti. Fino dalla seconda spennellatura, scompare il prurito, e cedono il rossore, il gonfiore, il dolore. Le eventuali ulcerazioni si trattano in secondo tempo con pomate alla lanolina, o con pasta all'ossido di zinco.

r. s.

FORMULARIO.

Nelle ragadi ed ulceri anali.

Una parte di jodoformio e tre di sugna. Se ne spalma un cilindretto di filaccia e si introduce nel retto 2 volte al giorno e dopo ogni defecazione. *r. s.*

IGIENE.

Recenti ricerche sul colera.

E. D. W. Greig (*Edinburgh medical Journal*, luglio 1919) dopo avere osservato che gli intervalli fra le epidemie coleriche in Europa si sono sempre venuti riducendo, con l'aumentare della rapidità dei mezzi di trasporto, fa rilevare la gravità di tale malattia nelle Indie, dove essa nel periodo 1900-1912 ha cagionato una mortalità annua variabile da un minimo di 193,457 (nel 1904) ad un massimo di 850,984 (nel 1900). Ivi la diffusione del colera è mantenuta specialmente dai pellegrinaggi, che mettono in movimento una massa enorme di persone: si calcola che nella sola città di Puri, che conta 50,000 abitanti, fossero presenti, nel giorno della festa, 300,000 individui. Da ricerche dell'A. risulta che il 30 % dei pellegrini in tale città albergava vibrioni colerici. Si comprende che tali individui, ritornando in breve tempo ai loro villaggi, in grazia delle rapide comunicazioni ferroviarie, vi costituiscano centri di rinnovellate epidemie, che poi si diffondono per il successivo spostamento dei convalescenti.

È dunque l'uomo che ha la massima parte nella diffusione del colera e sono le relazioni del vibrione con l'uomo, più che quelle con l'ambiente esterno, che possono illuminare l'epidemiologia.

Interessanti sotto tale punto di vista sono i risultati di numerose autopsie di colerici, nelle quali l'A., lungi dal trovare i vibrioni nel solo canale alimentare, li trovò nei polmoni, nel fegato, nel miocardio, nei reni, nella vescica, nell'urina, nel cervello; particolarmente frequente è il reperto dei vibrioni nella bile (80 volte su 271 autopsie), talvolta con evidenti segni di colecistite. Ed è appunto nella bile che il vibrione colerico può vivere a lungo, probabilmente per anni, in un mezzo adatto per la sua nutrizione, senza la concorrenza di altri microorganismi (piocianeo, proteo ed altri) che nell'intestino lo sopraffarebbero facilmente.

A questo fatto va attribuita la difficoltà di trovare i vibrioni nell'esame delle feci dei portatori, che li eliminano solo intermittentemente. In un caso dell'A. in cui le feci vennero esaminate 41 volte nel decorso di due mesi, si trovarono i vibrioni solo sei volte a distanza anche di 20 giorni. La persistenza del vibrione colerico nella bile è stata dimostrata anche sperimentalmente in conigli, un anno dopo che avevano ricevuto un'iniezione endovenosa di coltura di colera.

Mentre poi i vibrioni si trovano così disseminati in tutti gli organi, le ricerche di gran parte degli autori hanno dato per il sangue risultati negativi: non sarebbe quindi improbabile che i vibrioni vengano trasportati dalla corrente linfatica.

Il colera dovrebbe quindi venire considerato come un'infezione generalizzata, con punto di partenza nel canale alimentare.

La presenza dei vibrioni nella bile e la necessità di modificare le vedute patogenetiche sul colera, sono già state da tempo affermate dal Sanarelli, che sulla patogenesi del colera ha formulato una teoria, suffragata da larghe esperienze sistematiche (cfr. *Annali di Igiene*, novembre 1916, dicembre 1918, gennaio e marzo 1919).

I vibrioni non si localizzano primitivamente nell'intestino, ma vengono in primo tempo assorbiti dalla mucosa orale, forse dal tessuto linfatico tonsillare, sono poi trascinati dalla circolazione generale e finiscono con il localizzarsi nella mucosa intestinale, che rappresenta la loro meta ed il loro naturale emuntorio. Tale localizzazione si manifesta, in determinate condizioni sperimentali, anche se i vibrioni vengono introdotti per via endovenosa. Nella così detta peritonite colerica delle cavie, si osserva in primo tempo una vibrionemia intensa e transitoria, ed in secondo tempo la localizzazione nell'intestino, che porta alla morte quando l'infezione peritoneale sembra già dominata o guarita del tutto. Anche la lunga persistenza dei vibrioni, in coltura pura, nelle cistifellee era già stata dimostrata sperimentalmente dal Sanarelli.

La reazione dell'organismo all'invasione dei vibrioni è dimostrata dalla presenza di agglutinine nel sangue dei colerosi; esse sono ad alto titolo (anche verso 1/1000) nei casi a prognosi fausta, mentre discendono praticamente a zero in quelli che terminano con la morte.

* * *

L'importanza di tutte le ricerche accennate non è solo teorica, ma anche pratica, perchè indica che la profilassi deve sopratutto mirare alla ricerca dei portatori, che possono trovarsi apparentemente in piena salute, ed al loro isolamento.

Sono principalmente essi, che inquinano l'ambiente esterno, in cui il vibrione però vive difficilmente. Le esperienze del Greig, fatte (a differenza di quelle antecedenti) coi vibrioni emessi con le feci, dimostrano che questi sono molto meno resistenti che quelli provenienti da colture e che pur trovandosi in quantità di 2 miliardi per cmc., scompaiono in 3-5 giorni dalle feci stesse mantenute a temperatura ambiente. La resistenza è alquanto maggiore (fino a 7 giorni) nelle stagioni relativamente fredde (in gennaio a Calcutta con temperatura minima di 9°), che nelle calde (in maggio con massima di 39°); in quei paesi quindi, i mesi più critici sono i mesi invernali (in cui la vita dei vibrioni all'esterno è più lunga), che precedono di fatto l'annuale recrudescenza dell'epidemia colerica. Ad ogni modo, va tenuto presente il fatto che il vibrione colerico, non appena abbandona l'organismo, che gli serve da ospite, incomincia a morire con grande rapidità; è dunque nell'ammalato, nel portatore e nelle sue immediate vicinanze che va più intensamente condotta la lotta.

A. FILIPPINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Insuscettibilità dell'uomo alle inoculazioni con sangue di morbillosi.

Andrew Watson Sellards (*Bull. of the J. Hopkins Hosp.*, settembre 1919), osserva che si è cercato di determinare se il virus morbilloso esiste nel sangue circolante del paziente, permettendo la trasmissione della malattia da uomo a uomo per mezzo della inoculazione di sangue. I dati più importanti al riguardo sono:

1) La trasmissione ottenuta in due casi riportati da Hektoen;

2) L'insuccesso in otto casi citati dall'A.;

3) Il fenomeno clinico dell'origine dell'eruzione nella parte superiore del corpo, col suo graduale progresso (che si completa in 2-3 giorni) verso il basso.

I sintomi dei due casi sperimentali citati come positivi non sono interamente caratteristici del tipo classico del morbillo. Sebbene la malattia sia pochissimo variabile nelle sue manifestazioni cliniche, delle nette modificazioni possono facilmente presentarsi in condizioni sperimentali.

Per ciò che riguarda i risultati negativi degli altri otto casi, la principale difficoltà insorge nello stabilire, dalla storia clinica, la suscettibilità di un adulto a una malattia così generalmente diffusa come il morbillo. In alcuni degli uomini che vennero inoculati quella era straordinariamente netta.

L'insuccesso nella trasmissione della malattia per mezzo dell'iniezione di sangue non esclude l'esistenza del virus nella corrente circolatoria, sia pure in quantità moderata. Qualche fatto dimostrerebbe che questi individui non solo non contrassero l'infezione ma vennero attivamente immunizzati dalla iniezione di sangue: tale ipotesi presupporrebbe, evidentemente, l'esistenza del virus nel sangue circolante. Certo l'agente che provoca l'eruzione può avere accesso almeno temporaneamente nella corrente sanguigna, prescindendo dal fatto che la sua distribuzione avvenga per i linfatici e per il sangue circolante.

L'origine costante dell'eruzione nella parte superiore del corpo e la sua estensione graduale e ordinata verso il basso è affatto differente dallo sviluppo delle eruzioni in cui si sa che il virus è distribuito dal sangue circolante.

Il morbillo origina come una infezione delle mucose respiratoria e congiuntivale e il virus non provoca infezioni metastatiche nei visceri. L'insuccesso nel riprodurre la malatta con iniezione sottocutanea trova riscontro nel comportamento di parecchi altri microorganismi dell'albero respiratorio e del canale digerente.

Il virus del morbillo *per se* non produce effetti gravi, ma un attacco della malattia provoca una immunità ben netta.

Con un adeguato isolamento del virus sembra che potrebbe ottenersi una effettiva immunità attiva con un minimo di danno per l'organismo.

Concludendo:

1) La questione della trasmissione del morbillo da uomo a uomo, con iniezione del sangue del paziente è completamente riaperta dagli otto casi negativi riferiti in questo articolo;

2) Tale insuccesso nella trasmissione per questa via non esclude necessariamente la possibilità della presenza del virus patogeno nel sangue circolante; alcuni fatti indicherebbero la possibilità di provocare una immunità attiva con l'iniezione del sangue del paziente.

SEB.

TECNICA.

La disinfezione delle siringhe e degli aghi.

Waterhouse (*British med. Journal*, 2 ag. 1919) raccomanda a tale scopo l'olio di vaselina, che bolle a 360°; se ne riempie per tre quarti una provetta, scaldando poi la parte superiore fino a che compaiano in seno al liquido delle correnti, ciò che indica una temperatura di 150°: eventualmente si può continuare ancora il riscaldamento. Poi si aspira lentamente il liquido nella siringa, fino a che venga in contatto con tutte le parti di questa. Durante il riscaldamento, occorre stare attenti per impedire che l'olio di vaselina schizzi via.

I vantaggi del metodo consistono nella rapidità e nella semplicità, congiunte con la sicurezza di una sterilizzazione completa e con l'assenza di ogni effetto sull'ago, che non arrugginisce mai, rimanendo sempre pervio ed utilizzabile.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1068) *La morfina negli stati di agitazione dei cardiaci.* — All'abb. 1910:

Come Mackenzie consiglia nei « *Principi di diagnosi e cura delle malattie di cuore* », la morfina negli stati di agitazione dei cardiaci, è ottimo rimedio, di effetto sicuro, scevro da pericoli.

La dose da usare è di 1/2 cgr.-1 cgr. per volta, se per iniezione, di 2 cgr. se per bocca. È preferibile l'uso dell'iniezione.

La farmacologia consiglia di non oltrepassare mai la dose di 10 cgr. di morfina nelle 24 ore, somministrandola per bocca; nei cardiaci è prudente non arrivare a dosi elevate, in considerazione specialmente della alterata funzione renale. L'esperienza insegna che uno-due centigrammi di morfina nelle 24 ore sono sufficienti a calmare anche le più gravi agitazioni; essa naturalmente può essere associata ai sedativi (bromuri), agli ipnotici (idrato di cloralio, sulfonal). È preferibile usufruire di associazioni medicamentose anzi che di raggiungere o rasentare le dosi massime di somministrazione della morfina.

t. p.

(1069) *Sulla reazione di Wassermann.* — Risposta all'abbonato n. 2213:

Gli estratti alcoolici che si usano come antigeni per la reazione di Wassermann, siano essi estratti di fegato sifilitico, o di cuore umano, o di cuore di bue, o di cavia, danno sempre, diluiti con soluzioni acquose, una opalescenza o intorbidamento più o meno manifesto: verosimilmente in virtù delle sostanze lipoidi che, disciolte nell'estratto alcoolico, passano poi in sospensione nel mestruo acquoso. Ma ciò non rappresenta alcun inconveniente nell'allestimento delle W. R.; è fenomeno che deve accadere, e che non turba affatto l'andamento della reazione. Va da sè che non deve aggiungersi direttamente l'estratto al siero: ma la opportuna diluizione (in soluzione fisiologica) dell'estratto alla opportuna diluizione del siero in esame e dei sieri di controllo.

L. d. V.

(1070) *Nella sifilide dell'infanzia.* — All'abbonato n. 4038:

Nei fanciulli affetti da ereo-lue o da sifilide acquisita nei primi mesi dalla nascita, quando occorra, oltre la cura specifica, prescrivere preparati ricostituenti, l'arsenico trova la sua netta indicazione.

Esso può venir somministrato per bocca, solo od associato allo jodio, usando una delle tante formole in uso. Quando l'età del paziente e le sue condizioni generali lo consentano, si può somministrare anche sotto forma di neo-arsenobenzolo per via endovenosa, in dosi, naturalmente, adatte, e con le dovute cautele, per usufruire così tanto del potere specifico quanto dell'azione ricostituente di questo efficacissimo rimedio.

V. MONTESANO.

(1071) *Ingestione di garza.* — All'abb. n. 10250:

Naturalmente la presenza nello stomaco di pezzi di garza idrofila determina una imbibizione di liquidi ivi esistenti; se il loro volume non è tanto grande passano di regola per l'intestino e seguendo il corso normale dopo 24-60 ore verrebbero eliminati. Se non riescono a sorpassare il piloro di regola provocano il vomito. La gastrostomia non è necessaria a meno che non intervengano i sintomi di stenosi del piloro o del duodeno.

È opportuno somministrare un purgante.

A. P.

Il fascicolo 11° (15 novembre 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati, contiene:

I. Dott. **G. Aperlo.** – *Necrosi totale della clavicola secondaria a foruncolo del dorso della mano.*

II. Dott. **P. Caliceti.** – *Condro-osteosarcoma primitivo del seno frontale sinistro.*

III. Dott. **A. Sebastiani.** – *La trasfusione del sangue nei suoi metodi più recenti.*

IV. Dott. **G. L. Colombo.** – *Le alterazioni delle ghiandole sudoripare.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

P. DESFOSSES et CH. ROBERT. - *La sospensione nel trattamento delle fratture.* — Un vol. di 172 pagine, VIII, con 112 figure originali e tavole fuori testo. *Collection Horizon.* Masson e C.ie, Edit., Paris. Fr. 4 + 10 %.

Il metodo della estensione continua e della sospensione, nella cura delle fratture, va, com'è noto, sotto il nome di *metodo anglo-americano.*

Poco conosciuto prima della guerra, trasse da questa occasione di larga esperienza e di rapida diffusione.

Tuttavia mancava fino ad ora un libro che ne desse un'esposizione chiara e completa.

Questa lacuna è stata colmata dai due valorosi autori i quali poterono acquistare un'esperienza senza precedenti nel « Centro di fratture » (*Auto-Chir.*, 21, diretto dal dott. P. Duval), al quale erano addetti e che era fornito di un macchinario ricchissimo e moderno, ordinato e disposto secondo i dettami del maggiore Sinclair, che fu l'organizzatore del metodo nell'armata inglese.

Il libro passa in rivista, sistematicamente, tutti i tipi di frattura e tutti gli apparecchi proposti per la sospensione, in ciascun caso.

Numerose figure originali, prese dal vero, sul posto, dimostrano nel modo più chiaro ed evidente i particolari dei diversi procedimenti tecnici.

La chirurgia civile del dopo guerra ha molto da utilizzare di questo metodo geniale e noi dobbiamo esser grati agli autori ed all'editore di questo Manuale, che dà ad ogni chirurgo la possibilità di curare in modo razionale e brillante una frattura.

T. F.

JOSEPH A. BLAKE. - *Fratture da arma da fuoco delle estremità.* — Masson e C.ie, Editeurs. Paris. Fr. 4 + 10 %.

L'A. è tenente colonnello dell'armata anglo-americana ed è in questa sua qualità, che ha potuto mettere in pratica e largamente sperimentare il metodo di trattamento delle fratture degli arti, al quale ha dato il suo nome, e che in questo piccolo volume, espone dettagliatamente.

Egli descrive i suoi apparecchi, i particolari del trattamento ed espone l'esperienza acquistata durante la guerra, in un ospedale specializzato, per la cura delle fratture.

Il metodo *della sospensione*, conosciuto col nome di *anglo-americano* non era stato applicato rigorosamente e sistematicamente sul continente.

La guerra, che si è svolta appunto sul continente, ha offerto un campo prezioso d'osservazione e di esperienze ed ha consentito l'applicazione in grande del procedimento, che nel diffondersi largamente ha anche conseguito un grado di perfezionamento insperato.

Niuno, meglio del dott. Blake, che ne fu uno dei promotori, poteva assolvere il compito di far conoscere in modo rapido, chiaro e preciso, il metodo della sospensione, rendendo un servigio inestimabile ai chirurgi di tutti i paesi.

Quaranta figure nitide illustrano il testo, che l'editore Masson pubblica in inglese.

T. F.

DUVERGER C. e VELTER G. *Ophtalmologie de guerre.* — Un vol. in-16° di 238 pag. con fig. e 10 tav. fuori testo. A. Maloine et fils ed., Parigi. Prezzo, Fr. 6.50.

All'inizio della guerra, non esisteva, si può dire, alcuna organizzazione speciale per il trattamento rapido e razionale delle ferite oculari. Troppo spesso la chirurgia oculare d'urgenza consisteva unicamente in larghe exeresi oculo-palpebrali.

Soltanto in seguito tale servizio si è venuto perfezionando ed organizzando sotto la direzione di persone competenti.

Gli AA., portano in questo libro il contributo della loro larga esperienza personale: essi preconizzano il trattamento d'urgenza, con l'asepsi più scrupolosa, ciò che permette il più spesso la conservazione completa o parziale dell'organo.

Le operazioni si fanno in genere sotto anestesia locale (novocaina 1-4 %): e si terminano con sutura fatta in primo tempo.

È indubitato che gli insegnamenti della guerra saranno in gran parte applicabili nella pratica civile, per la quale questo libro, nonostante il titolo alquanto bellico, può fornire utili indicazioni.

r. s.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CORSINI ANDREA: L' « influenza » oggi e nel passato. — Roma, 1919.

GIORDANO ENRICO: Interventi addominali per ferite di guerra. — Napoli, 1919.

MEI ALDO: Uleus tropicum genitalium in Cyrenaica. — Milano, 1919.

LEONE RAFFAELE: Sulla formula lucocitaria dei malarici. — Napoli, 1919.

OVAZZA VITTORIO EMANUELE: Sulla lotta contro la malaria. — Napoli, 1918.

FERRERI GHERARDO: La difesa antitubercolare dal punto di vista laringoiatrico. — Napoli, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per il miglioramento dei Medici Condotti.

Riportiamo al riguardo la seguente circolare del Prefetto di Torino ai sindaci della Provincia:

Nell'ultima parte della Circolare di questa Prefettura del 27 ottobre u. s., n. 27676, è ben chiarito il concetto che ai Medici condotti ufficiali sanitari e veterinari condotti spettano integralmente i miglioramenti stabiliti per tutti gli altri impiegati comunali e provinciali e che ove tali miglioramenti non bastassero ad assicurarne convenientemente il servizio sanitario, le Autorità tutorie potranno ancora elevare i compensi per detti sanitari a misura anche maggiore; tenuto conto delle potenzialità del bilancio, delle particolari esigenze locali e della coesistenza di altre fonti di lavoro professionale, e ciò in conformità alle disposizioni dell'articolo 26 del testo unico delle leggi Sanitarie 1 agosto 1907, n. 636.

Come per gli impiegati comunali è pure fatto obbligo alle Amministrazioni comunali di rivedere le tabelle organiche ed i regolamenti o capitolati che riguardano il servizio ed il trattamento economico dei detti sanitari medici condotti, ufficiali sanitari e veterinari e sono fissati gli stessi termini perentori su tale revisione, cioè entro il mese di gennaio 1920. Trascorso tale termine, senza che i Comuni vi abbiano provveduto, ad essi si sostituirà la Giunta Provinciale Amministrativa, adottando i provvedimenti ritenuti necessari per assicurare la regolare continuità del servizio.

Naturalmente valgono anche per i sanitari le disposizioni del Ministero dell'Interno date con circolare telegrafica del 25 ottobre, già indicata nell'ultima parte della precedente mia circolare del 27 ottobre n. 27676, riguardante la decorrenza da attribuirsi ai miglioramenti, la quale deve essere per i sanitari non diversa da quella stabilita per gli altri impiegati comunali. Nel procedere alla revisione dei capitolati di servizio secondo le prescrizioni sopracitate, io raccomando caldamente alle Amministrazioni comunali di sentire in proposito i propri sanitari, allo scopo di raggiungere in via bonaria accomodamenti di reciproco interesse e che renderanno assai più facili e rapide le revisioni dei capitolati di servizio.

Infine debbo ancora ricordare a quelle poche Amministrazioni comunali, nelle quali vige tuttora la condotta piena, che questa deve essere abolita e che pertanto nella attuale revisione dei capitolati medici si devono adottare quegli opportuni provvedimenti, sempre prendendo bonari accordi col sanitario attuale, che valgano a fare rientrare questo servizio nella stretta legalità. Avverto che qualora qualche Amministrazione si dimostrasse riluttante, dovrò provocare dalla Giunta provinciale amministrativa i provvedimenti di sua competenza, a sensi dell'art. 220 della legge comunale e provinciale.

Con l'abolizione della condotta piena, i Comuni potranno inserire nei capitolati una clausola che obblighi il medico condotto a sottostare per le visite agli abbienti ad una tariffa massima, la quale, ove non venga spontaneamente concordata tra medico e Comune, potrà essere formulata, a richiesta della Prefettura, dall'Ordine dei Medici di questa provincia.

Raccomando la massima sollecitudine nel trattare questo argomento che sebbene debba essere adottato con deliberazione a parte può essere trattato contemporaneamente alla revisione dei regolamenti degli impiegati e salariati comunali.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

Il 21 dicembre corrente, alle 10 ant., l'Associazione terrà in Roma, nei locali della Clinica Dermosifilopatica (Policlinico), gentilmente messa a disposizione dal prof. Ducrey, una riunione, nella quale si svolgerà il seguente ordine del giorno:

I. — Comunicazioni della Presidenza.

II. — Relazione dell'attività svolta dall'Associazione dal 1914 al 1919.

III. — Relazione finanziaria e proposta di aumento a L. 15 della quota sociale annua.

IV. — M. Gravagna: « Sulla profilassi delle malattie veneree.

V. — Elezione del nuovo Consiglio direttivo.

A proposito di concorsi.

A quelle pubbliche Amministrazioni ed Enti locali che, per motivi non sempre confessabili, protraggono i concorsi per i posti vacanti, indichiamo ad esempio la Deputazione Provinciale di Brescia, la quale il 28 ottobre u. s., bandì il concorso per un posto di medico primario e per due posti di medici assistenti in quel Manicomio provinciale.

Fra i titoli richiesti ricorderemo il seguente:

« *Documenti comprovanti il servizio militare prestato durante la guerra e le eventuali benemerenze conseguite* ».

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le Provincie sotto indicate:

Bari. — Baldassarra Filippo di Altamura; Bufalini Angelo di Bari, tesoriere; Lops Vincenzo di Andria; Pansini Pasquale di Molfetta; Palummo Nicolò di Bari, segretario; Samele prof. Ettore di Bari, presidente; Servedio Giacomo di Grumo.

Grosseto. — Caciai Gino; Menoni Carlo di Giuncarico, presidente; Carosi Augusto; Franci Ulisse di Batignano, tesoriere; Salvestroni Guido di Grosseto, vice-presidente; Marzano Pasquale di Scansano, segretario; Zeppini Ugolino.

Torino. — Appiotti Pier Giuseppe di Rivoli; prof. Boccasso Giov. Batt. di Torino; Carbonatto Luigi di Aosta; Rivarono Modesto di Lessolo; Garosci Nicola di Torino, presidente; Mosso Giacinto di Torino, tesoriere; San Pietro Ezio di Torino, segretario.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Al dott. L. V. da N.

Gli esami per medici di bordo, si fanno in Roma, nei giorni e nel luogo, che verranno volta per volta fissati dal Ministero dell'Interno, con pubblico bando (Direzione Generale di Sanità). Occorrono i soliti documenti legali (atto di nascita, cittadinanza italiana, ecc.); per i titoli di studio non v'è alcuna esigenza speciale: il diploma di laurea deve essere stato conseguito da almeno due anni.

Le materie d'esame constano di prove pratiche (accertamento diagnostico di malattie infettive, bromatologia pratica, semejotica e diagnostica clinica), scritte (eziologia, patologia, epidemiologia delle principali malattie infettive) ed orali (igiene navale, legislazione sanitaria, lingue straniere).

r.

CONDOTTE E CONCORSI.

AVIO - BORGHETTO (*Trentino*). — Assunzione medico condotto con prestazioni al Civico Ospedale. Sede: Avio, capoluogo. Onorario complessivo annuo L. 6000 (seimila), come previsto dal Capitolato di servizio, ostensibile presso Municipio. Documenti di rito. Il servizio deve venire assunto col giorno 1° febbraio 1920. Scadenza 30 dicembre. Rivolgersi Presidente L. Segarizzi - Avio (Trentino).

BRESCIA. *Manicomio Provinciale.* — Medico primario; L. 5900 e alloggio. — Due medici assistenti; L. 5200 e alloggio. Aumenti triennali del decimo; indennità caro-viveri. Scadenza 10 dicembre. Titoli. Servizio milit. Rivolgersi al Segretariato generale della Deputazione Provinciale.

GENOVA. — Sono vacanti presso il Comune i posti seguenti: 4 di medico comunale, 10 di medico supplente, 1 di medico ispettore, 1 di capo servizio per la vigilanza scolastica. Si ha notizia che per questi posti verrà prossimamente aperto il concorso.

MILANO. *Sanatorio popolare Umberto I.* — È vacante il posto di secondo Assistente al detto Sanatorio (a Tresivio-Valtellina). Preferiti i medici con pratica di laboratorio e di radiologia. Richieste con documenti ed informazioni alla Amministrazione dell'Istituto (Foro Bonaparte, n. 61, Milano).

PADOVA. *Municipio.* — Due condotte nei reparti suburbani III (Salboro) e V (Camin); stipendio base L. 5000, indennità caro-viveri L. 780 se senza persone a carico, L. 1200 se non più di 4 persone a carico, indennità supplettiva L. 750. Proroga al 23 dicembre. Rivolgersi al Commissario prefettizio.

Medico reduce guerra, già aiuto di ospedali e cliniche, brillante carriera scientifico-pratica, titoli numerosi ed elevati, in vista della prossima trasformazione dello Istituto Sanitario e delle condotte, assumerebbe subito interinato condotta vacante di titolare, preferibilmente in pianura ben retribuita e non frazionata, nella media o alta Italia, meglio se sulla ferrovia o con tramvia elettrica. Scrivere: Pietro Tarantini. Vico 2° Politi 9, Napoli.

Medico-chirurgo con 6 anni di pratica ospitaliera, cerca posto presso ospedale. Scrivere libretto di riconoscimento 43550-A, Andria (Bari).

Medico-chirurgo praticissimo, sei anni esercizio professionale, parte in ospedali e parte in condotta, desidererebbe condotta medica, paese possibilmente marittimo o in pianura, o posto di assistente in qualche ospedale. Scrivere: dottor Antonino De Bella, S. Lucido Marina (Cosenza).

ALBO D'ORO.

Il dott. Giovanni Malacrida, da Milano, capitano medico di complemento, è stato insignito della croce al merito di guerra per speciali benemerenze acquisite in zona d'operazioni dal 1915 al 1917.

Il dott. Mario Targhetta, medico condotto di Tronzano Vercellese, capitano medico di complemento, è stato insignito della croce al merito di guerra per la eroica condotta tenuta nelle trincee del Carso e dell'Isonzo; e della croce di cavaliere della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate durante la guerra.

Il dott. Augusto Fiorentini, capitano medico di complemento, ora in congedo, già decorato di medaglia di bronzo al valor militare, ha ottenuto la croce al merito di guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana d'Idrologia e Climatologia.

Il 30 novembre, sotto la presidenza del prof. comm. Barduzzi, si adunò in Firenze il Consiglio Generale della Società Italiana d'Idrologia e Climatologia, che riprende la sua attività sopita durante la guerra.

Il segretario prof. comm. Cesare Baduel, benemerito dell'Associazione per aver tenuto l'alta carica con onore per ben 25 anni, ha declinato le sue funzioni perchè assunto alla direzione generale della Croce Rossa Italiana. Ma con le elezioni generali, indette per il 21 dicembre, saranno rinsaldate le file assottigliatesi anche per la morte di eminenti consiglieri.

Furono gettate le basi di un programma ispirato a concetti scientifici ed economici capaci di soddisfare ai bisogni prospettati. Fu poi discusso il regolamento 28 settembre 1919, contenente disposizioni circa le acque minerali e gli stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini. Il prof. Gasperini, incaricato dalla presidenza di riferire in merito al detto regolamento, motivò un ordine del giorno, che, discusso ed approvato, servirà alla autorità competente per integrare e completare le disposizioni che vogliono essere meglio intonate alle attuali esigenze scientifiche ed industriali. Vennero infine trattate altre questioni relative alla messa in valore delle ricchezze idrologiche italiane e furono prese importanti decisioni al riguardo, compresa quella di infondere nuova vita al periodico dell'Associazione, che diverrà l'organo più importante della specialità.

La nostra nazione, ricca di tanti tesori terapeutici che scaturiscono dalle sue terre e cosparsa di tante incantevoli stazioni climatiche, deve compiacersi che si dia nuovamente opera a far conoscere anche all'estero tali ricchezze, per attivare e sempre più sviluppare le esportazioni e perchè dovunque si apprezzino gli insuperabili pregi delle nostre stazioni idrominerali e climatiche.

Dall'unione degli uomini di scienza con gli industriali emergerà un sodalizio destinato ad affermarsi simpaticamente.

Propaganda igienica a Roma.

L'Ispettorato medico dell'Ufficio Municipale del Lavoro, non volendo limitare la propria azione a prestazioni di carattere personale o ad inchieste di categoria professionale, ma ispirando la propria opera a fini più vasti, ha iniziato una propaganda all'intento di richiamare l'attenzione degli operai sulla utilità dell'igiene e sopra altri argomenti non meno importanti. Il suddetto Ufficio sta provvedendo ad affiggere in tutti i laboratori un manifesto murale contenente una serie di precetti igienici, che, raccolti anche in opuscolo, saranno utili agli operai.

Si sta curando anche l'affissione nelle tipografie e negli altri stabilimenti in cui si lavorano sostanze contenenti prodotti del piombo, di un identico manifesto riguardante i pericoli del saturnismo e le norme igieniche a difesa. Di più sarà fatta larga distribuzione di manifesti ed opuscoli contenenti i precetti principali per i casi di pronto soccorso.

Nel giornalismo medico.

L'Istituto Editoriale Italiano ha largamente annunziata la pubblicazione de « La Medicina Italiana », da non confondere col periodico fondato e diretto a Napoli da un veterano del nostro giornalismo medico, il prof. F. Matoni.

La nuova rivista si è assicurata la collaborazione di illustri cultori delle discipline sanitarie.

***

Dalla redazione de « Il Medico Italiano » si sono dimessi il prof. Bertazzoli, chiamato a presiedere l'Ordine dei medici di Milano, e il dottor Ermolli, che era l'anima del combattivo periodico. D'altra parte, in seguito a dissensi politici coi colleghi del Consiglio, il prof. Vigevani si è ritirato dalla carica di vice-presidente della Sezione di Milano dell' « Unione dei medici italiani », di cui « Il Medico Italiano » è organo.

Il nuovo Comitato di redazione è stato così costituito dal Consiglio: prof. Medea, dottori Risi, Bellezza, Luraschi, Baldereschi.

Inchiesta sull'epidemia di tifo petecchiale in Polonia.

Una Missione Sanitaria — organizzata dalla Lega delle Croci Rosse e composta di Cumming per gli Stati Uniti, Visbecq per la Francia, Buchanan per l'Inghilterra, Castellani per l'Italia — si è recata in Polonia per studiarvi la situazione determinatasi in seguito ad una gravissima epidemia di tifo petecchiale. L'inchiesta è durata un mese; la relazione ufficiale di essa è pubblicata sul n. 4 del Bollettino della Lega, e la narrazione della spedizione è fatta dal cap. Joe T. Marshall nel n. 5 dello stesso Bollettino.

Risulta che l'epidemia ha raggiunto una diffusione ed un'intensità terrificanti; che i mezzi opposti contro di essa sono irrisori; che la malattia minaccia vaste zone d'Europa.

Per l'inverno si prevedeva una forte recrudescenza.

In seguito ai risultati dell'inchiesta, la Lega ha inviato nella Polonia il vapore « Lita » carico di materiale sanitario, destinato ad alimentare la lotta contro l'epidemia di tifo che infierisce in quel Paese.

La Croce Rossa Spagnuola ha inviato un ragguardevole stock di sapone.

Il fascicolo 11° (1 novembre 1919) della nostra SEZIONE MEDICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra pochi giorni agli associati, contiene:

I. Dott. **P. Biffis.** – *Splenomegalia emolitica famigliale.*

II. Dott. **L. Losio.** – *A proposito di un caso singolare di ittero emolitico splenomegalico operato di splenectomia.*

III. Dott. **F. Marcora.** – *Anemia perniciosa e infezione tifica.*

Rassegna della stampa medica.

Riv. crit. di Clin. Med., 29 mar. SICILIANO: I segni radiologici dell'ascite.

Journal A. M. A., 12 apr. MUNSON: I bisogni dell'insegnamento medico rivelati dalla guerra. — STOL e NEUMAN: La fissazione del complemento per la diagnosi di tubercolosi.

Paris Méd., 26 apr. DANYSZ: Disturbi anafilattici acuti e cronici.

La Radiol. Med., mar. apr. AUSENDA: Osservazioni radiologiche sul pneumotorace terapeutico.

Arch. Intern. de Pharmacodyn., et de Thér., III. HEYMANS: Termofisiologia, V-VI. BUSCEMI GRIMALDI: Studio sperimentale della rachianestesia. — CHIO: Meccanismo d'azione degli acidi.

Soc. Méd. d. Hôp., 13 mar. MÉRY e a.: Le adenopatie tubercolari ilari (intrapolmonari). — LOEPER: Le enteronevriti.

Giorn. It. Mal. Ven. ecc. PASINI: Profilassi delle malattie veneree.

Pediatria, mag. MAGGIORE: Terapie delle vulvovaginiti infantili. — CANELLI: Struma tiroideo congenito.

Rif. Medica, 26 apr. MARAGLIANO: Meningismo da paratifo B. — MICHELI e SATTA: Uso degli antigeni essiccati a scopo diagnostico.

Gazz. d. Osp., 20 apr. BACCARANI: Variabilità delle infezioni.

Giorn. di Med. Militare, 1 mag. BONOMO: Sul funzionamento dei servizi sanitari di guerra. — VALLANA: Epidemia di febbre ricorrente in prigionieri austriaci.

Med. Klinik, 6 ap. VULPIUS: La scoliosi. — 13 apr. PINKUS: Il trattamento della sifilide.

Münch. Mediz. Woch., 11 apr. WEILER: Il trattamento dei neurotici di guerra.

Rev. Espan, de Med. y Cir., apr. BLANC FORTACIN: Cisti idatidee aperte nelle vie biliari.

The Practitioner, mag. CLARKE: Il male di capo persistente. — WALKER: Il fattore « tempo » nella diagnosi di sifilide.

Gaz. d. Hôp., 1 mag. AIMES: Le artriti sporotricosiche.

Bull. Johns Hopkins Hosp., apr. WOLBACH: Patologia e batteriologia dei casi letali d'influenza.

Brit. Journ. of Surg., apr. ADAMS: Restaurazione dell'uretra mediante la membrana di Baer. — PRINGLE E TEACHER: Digestione dell'esofago come causa di ematemesi postoperativa.

Rev. Asoc. Méd. Argent., gen. CASAUBON: Reazioni di Pirquet e di Mantoux.

Presse Méd., 1 mag. LYON: I nuovi trattamenti dell'influenza.

Gazz. d. Osp., 3 mag. MANGEROSI: Le pseudo tubercolosi batteriche.

Brit. Med. Journ., 3 mag. HUTCHISON: Disappunti della gastro-enterostomia

Arch, di Farmac. ecc., 1 e 15 dic. DE SANCTIS: Genesi dei movimenti coatti. — PADERI: Incompatibilità del calomelano con l'aspirina.

Folia Med., 10 gen. FERRANNINI: La tachicardia post-emotiva continua.

Med. Record, 9 apr. BASSLER: La psicologia del successo in medicina.

Journal A. M. A., 19 apr. CORVIE E BEAVEN: Proteinoterapia non specifica nella polmonite influenzale. — LYON: Nomenclatura degli aggruppamenti ematici.

New York Med. Journ., 19 apr. PARKE: La tecnica dell'aborto terapeutico.

Boston M. a. S. Journ., 10 apr. LOVETT: Proposte per migliorare l'insegnamento medico.

Paris Méd., 3 mag. Numero sulle malattie della nutrizione.

Proc. R. Soc. of Med., mar. ROOD e a.: L'anestesia spinale (discuss.). — GALLIE e a.: L'innesto osseo (discuss.).

Presse Méd., 8 mag. PINARD: Trattamenti iniziali della sifilide.

Stomatol., apr. AVANZI: Plastodinamia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI **Roma, 7 Dicembre 1919** Fasc. 49
(pubblicato il 14 Dicembre 1919.

IL POLICLINICO

ABBONAMENTI PER IL 1920.

	ITALIA	ESTERO	
Alla sezione pratica	L. 20.50	Fr. 28	in oro
Alle sezioni medica e pratica	» 27.50	» 35	
Alle sezioni chirurgica e pratica	» 27.50	» 35	
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica . . .	» 35.00	» 45	

Saremo assai grati ai Signori abbonati che vorranno rinnovare l'abbonamento avanti che cominci il nuovo anno. Ciò agevolerà molto il lavoro amministrativo e la puntuale spedizione dei fascicoli.

Abbonamento cumulativo con "Il Policlinico„ per il 1920.

Le malattie del Cuore e dei vasi

(Anno IV)

periodico mensile fondato dal prof. F. MARIANI della R. Università di Genova e diretto dal prof. **VITTORIO ASCOLI** direttore della R. Clinica Medica di Roma. Redattore Capo prof. CESARE PEZZI.

Ai lettori,

In seguito alla dolorosa perdita del prof. F. MARIANI fondatore di questa Rivista, noi ci siamo domandato se, dopo adempiuti agli obblighi verso gli abbonati del 1919, convenisse o no continuare l'opera con tanti buoni auspici iniziata dal nostro compianto amico.

Ma, considerando che le ragioni che consigliarono tre anni or sono la pubblicazione di un periodico italiano di cardiologia permangono sempre, anzi a quelle altre non meno importanti se ne sono aggiunte per il nuovo e largo campo di osservazioni e di studi aperto dalla guerra, studi che il medico pratico odierno non può non deve ignorare, si rende ognora più manifesta l'utilità e l'opportunità di una pubblicazione che riassuma e sintetizzi periodicamente tutto quanto si scrive e si fa all'estero e in Italia intorno a questa importantissima parte della medicina interna

E poichè in Italia altre Riviste simili non esistono, non vediamo il perchè questa nostra non debba continuare a vivere, dal momento che il pubblico medico italiano fece ad essa lieta accoglienza fin dal suo nascere e l'onorò in seguito del suo costante e crescente appoggio.

Continuando adunque la pubblicazione del periodico « **Le Malattie del Cuore** », *crediamo non solo di rendere un doveroso omaggio alla memoria dell'illustre cardiologo che lo concepì, ma siamo certi di interpretare i giusti desiderî così degli uomini di scienza che troveranno sempre nella nostra Rivista un organo italiano pronto ad accogliere i loro studi e le loro ricerche, come dei medici pratici che avranno in essa una guida sicura e illuminata nelle varie congiunture della vita professionale e un sommario preciso e completo degli Studî cardiologici mondiali, studi che essi non potrebbero altrimenti seguire.*

Questa nostra deliberazione però porta seco dei doveri che non ci siamo punto dissimulati, primo fra essi quello di mantenere la Rivista all'altezza dell'argomento speciale che si propone di trattare e dei tempi.

A siffatto nostro dovere abbiamo intanto creduto di adempiere pregando il prof. VITTORIO ASCOLI ad assumere la Direzione della Rivista, nella considerazione che niuno meglio di lui avrebbe potuto mantenere salda la compagine dei collaboratori e portare nella composizione dei fascicoli quel sano discernimento e quella modernità di vedute, di cui ha dato sì larga prova al pubblico medico italiano quale redattore capo del « Policlinico ».

Nel prossimo numero il prof. Ascoli dirà dei miglioramenti che intende di apportare nel contenuto della Rivista e a noi non resta che ringraziarlo per averne reso possibile la continuazione con auspicî di sicuro successo.

Roma, dicembre 1919.

L'Editore
PROF. E. MORELLI,

Abbonamento annuo a « **Le Malattie del Cuore** »: per l'Italia L. 18 — per l'Estero Franchi 23. Per gli associati al « Policlinico »: per l'Italia sole L. **12,50** — per l'Estero soli Franchi **18**.

N. B. — Nel prossimo fascicolo daremo l'annunzio di altri abbonamenti cumulativi.

Anno XXVI | Roma, 7 dicembre 1919 | Fasc. 49

(Pubblicato il 14 dicembre 1919).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Considerazioni sulla sintomatologia delle Meningiti

per il prof. ENRICO FOSSATARO

Colonnello med. della R. N. - Lib. Doc. di Traum.

In pratica noi troviamo meningiti primitive (tubercolare, cerebro-spinale) meningiti che complicano le infiammazioni bronco-polmonari, che, secondo il mio modo di vedere, non si possono dire sempre secondarie, e meningiti chirurgiche, propagate, cioè, da una piaga o ferita dei tegumenti o delle ossa della testa.

La complicazione meningitica della bronco-polmonite è stata frequente nell'ultima epidemia di influenza, ma anche nei tempi ordinarii essa non è rara: anzi i sintomi della lesione cerebrale sono stati, alle volte, anche nei tempi ordinarii, così imponenti che non si sospettò neppure quella degli organi respiratorii. Ricordo un marinaro, trasportato all'Ospedale in coma profondo, con respirazione stertorosa, sollevamento delle guance flosce nell'espirazione ed abbassamento nell'inspirazione, rilasciamento completo degli arti; del quale i compagni dicevano che il giorno prima stava bene. Si fece diagnosi di apoplessia od embolia cerebrale. All'autopsia si trovò polmonite bilaterale e meningite con essudato.

Nell'ultima epidemia di influenza (anno 1918) ebbi all'Ospedale m. m. di R. n. 1, che dirigevo, 1004 casi di influenza, con 82 morti per bronco-polmonite. Si fece l'autopsia in 25. Orbene in quasi tutti si trovò leptomeningite. Sotto l'aracnoide, al disopra delle circonvoluzioni, e fra i solchi, si trovava essudato più o meno abbondante e gialliccio. Alle volte l'essudato si trovava anche alla base del cervello, o della stessa natura di quello della convessità, fibro-purulento, o sieroso (idrocefalo intermeningeo)]. Gli ammalati, in vita, avevano avuto fenomeni di eccitamento, talvolta violentissimo, ma, altre volte, poco accentuato; ovvero stupore, incoscienza, delirio, senza movimenti impulsivi. In un ammalato si ebbe leptomeningite purulenta della superficie inferiore del cervelletto, con idrocefalo ventricolare ed intermeningeo. In questo ammalato i sintomi fecero pensare ad un tumore del cervelletto.

Riferisco, in succinto, la storia clinica di questo ammalato, che mi servirà di base per l'esame comparativo con altre forme di meningite.

Il marinaro M. L. della classe 1882 (37 anni) entrò all'Ospedale il 30 dicembre 1918. Anamnesi remota negativa. Era ammalato da due giorni con febbre e forte cefalea. Si lagnava di dolori alle ossa e tosse; ebbe vomito con emissione di elminti. All'esame obbiettivo si notò meteorismo, lingua impatinata, respiro aspro, a diritta, con un gruppo di rantoli alla base. Espettorazione mucosa, temperatura 39,2. Nei giorni successivi i sintomi più manifesti furono la rigidità della nuca e lo stato di depressione dell'ammalato. Questi diceva di avere dolore di testa solo quando lo si interrogava, ma non gridava nè smaniava; giaceva silenzioso nel suo letto, con la nuca rigida. Polso 120, respiro 28. Il giorno 11 dicembre si notava ipofonesi al torace destro, fremito toraco-vocale indebolito, ronchi e rantoli, espettorazione abbondante muco-purulenta. Il giorno 14 le condizioni generali erano molto depresse. Si ebbe perdita involontaria delle urine, che, insieme a quella delle fecce, persistette durante tutta la malattia. Solo raramente, nei primi tempi, l'infermo avvertiva lo stimolo di urinare e chiamava.

Con la puntura lombare, eseguita tre volte, durante la malattia, si vide che il liquido usciva a gocce, più o meno accelerate. In esso, all'esame microscopico, si trovarono diplococchi lanceolati e numerosi leucociti. Durante il mese di gennaio vi furono dei giorni in cui l'ammalato era in uno stato di sonnolenza, e dei giorni in cui era presente a sè stesso. All'esame del sistema nervoso si osservò quanto segue: sensibilità tattile, termica, dolorifica aumentate. Dei riflessi i superficiali erano evidentissimi, i profondi erano subnormali. Non esisteva Babinski. Polso piccolo, compressibile (110 battiti al minuto).

Durante il mese di febbraio rimase immutato lo stato generale, essendovi dei giorni in cui l'ammalato appariva più sveglio, e dei giorni in cui era assopito od intontito, rispondendo con difficoltà alle domande che gli si rivolgevano, e solo a monosillabi. Bisognava insistere per cavargli qualche parola dalla bocca. Aumentò lo stato di rigidità dei muscoli della nuca. I movimenti degli arti superiori ed inferiori erano liberi, per quanto lenti, nella posizione a giacere dell'ammalato. Invitato a scendere dal letto, faceva movimenti coordinati ma deboli e non sufficienti allo scopo, sicchè aveva bisogno di aiuto. Messi i piedi in terra, non poteva reggersi in equilibrio da solo, avendo una spiccatissima tendenza a cadere indietro. L'ammalato aveva strabismo convergente all'occhio sinistro. Questo sintoma si stabilì lentamente, persistette qualche mese, ma, poi, negli ultimi giorni scomparve. L'acuità visiva dell'ammalato era normale. L'esame del fondo dell'occhio, non essendo stato fatto da uno specialista, non dette risultati concludenti relativamente allo stato della papilla. Le pupille erano più larghe del normale, tanto da permettere l'esame del fondo dell'occhio senza l'instillazione di sostanze midriatiche. Reagivano torpidamente alla luce. Vi era leggiera anisocoria. L'esame degli altri riflessi, nel mese di febbraio, dette un risultato opposto a quello avuto nel mese di gennaio, essendosi avuto il patellare vivace ed assenti, invece, i riflessi cutanei. Assente il clono del piede ed il Babinski. Il fenomeno di Kernig era appena accennato. Assenza di dermografismo, sensibilità normali.

Nel mese di marzo le piaghe di decubito, che si erano già formate da un pezzo, divennero profonde fino all'osso, ad onta della grande nettezza con cui l'ammalato era tenuto.

Verso la metà di marzo l'ammalato perdette completamente la parola. Nei giorni e nelle ore, in cui non era assopito, l'ammalato pareva che comprendesse quello che gli si diceva, volgeva lo sguardo a chi entrava nella sua camera o gli parlava, ma non era capace di emettere nè un suono nè una sillaba.

Negli ultimi giorni ebbe un'agitazione continua degli arti superiori, specialmente del sinistro, con contrazioni tonico-cloniche della mano che era chiusa a pugno.

La temperatura, durante la degenza, fu la seguente: febbrile, con un massimo di 39,8, fino al 16 dicembre. In seguito fu normale o subnormale, con qualche giorno, ogni tanto, in cui si aveva un massimo di 38,5, 38,8, 38,9.

L'ammalato morì il giorno 22 marzo, dopo quasi tre mesi di degenza.

Autopsia. — Il cervello era aumentato di volume e tanto compresso dentro la dura madre che le circonvoluzioni si vedevano appiattite e pallide. Asportato l'encefalo, si trovò liquido raccolto negli spazii subaracnoidei della base. Sulla superficie inferiore del cervelletto, specialmente in corrispondenza del lobo sinistro e del verme, si trovava una raccolta di essudato purulento sotto l'aracnoide. I ventricoli laterali erano pieni di liquido chiaro e dilatati.

Asportato l'encefalo, non uscì liquido dallo speco vertebrale.

Ai polmoni non si trovò niente di patologico.

La diagnosi anatomo-patologica fu leptomeningite purulenta della superficie inferiore del cervelletto, con idrocefalo ventricolare ed intermeningeo della base del cervello.

RAPPORTO FRA I SINTOMI ED I FATTI ANATOMO-PATOLOGICI.

La malattia cominciò con febbre, tosse ed espettorazione. Vi era, inoltre, cefalalgia e vomito. Fin dai primi giorni si notarono, da una parte, gruppi di rantoli alla base del polmone destro, e, dall'altra, rigidità della nuca. Si deve ammettere, dunque, che l'agente patogeno abbia invaso, contemporaneamente, il polmone e le meningi.

Lo stato generale dell'ammalato, durante tutta la malattia, fu caratterizzato dal torpore. L'ammalato, alle volte, era sonnolento: non parlava se non interrogato, non si lagnava. Che differenza fra questo e gli altri ammalati di influenza, a forma nervosa, di cui abbiamo parlato sopra, nei quali si ebbero fenomeni di eccitamento, con impulsi violenti che rendevano necessaria, alle volte, l'assistenza di diverse persone!

Ammalati, entrati con un poco di febbre, si

trovavano all'indomani, in atteggiamenti strani od in giro per la camera, o brancolanti sotto il letto. Si intuiva, allora, la diagnosi di broncopolmonite, complicata a meningite.

Come abbiamo detto, all'autopsia si trovò, in quasi tutti, leptomeningite della convessità, più o meno estesa, con essudato.

Nel nostro ammalato, invece, non vi era meningite della convessità. L'infiammazione meningea, con essudato purulento, era limitata alla superficie inferiore del cervelletto. Alla base del cervello vi era essudato chiaro intermeningeo.

Si può conchiudere che la meningite della base o di altre regioni dell'encefalo, dove non sono zone motrici, nè i territori della corteccia cerebrale che costituiscono il cervello pensante, come sulla convessità, non produce eccitamento, con impulsi violenti, come la meningite della convessità.

Convalidano questo concetto i seguenti altri fatti:

In un ammalato che morì di meningite purulenta della base, propagata dalle piaghe delle mastoidi trapanate, la sintomatologia, con febbre alta, continua, cefalalgia, lingua fuligginosa, fece pensare, dapprima, alla febbre tifoidea. L'ammalato aveva aspetto sofferente, si lagnava ad alta voce, ma rimaneva immobile a letto, il sensorio era libero.

All'autopsia si trovò una pachileptomeningite, con versamento di essudato purulento nella fossa cranica posteriore.

Una sintomatologia presso a poco uguale si ebbe in un ammalato con pachileptomeningite della midolla spinale (sezione dorsale) con essudato gelatinoso ematico, venuta in seguito a ferita di arma da fuoco, riportata in combattimento: febbre alta, stato ansioso, dolori, ma sensorio libero e nessun moto impulsivo con gli arti superiori.

In un caso di meningite tubercolare diffusa alla base ed a parte della superficie esterna dell'emisfero sinistro, con idrocefalo ventricolare, non vi fu eccitamento psichico, con moti impulsivi, nè alterazione del sensorio. Solo negli ultimi giorni l'ammalato perdette la coscienza e morì con i sintomi di compressione del cervello.

In quattro casi di meningite cerebro-spinale, in cui, all'autopsia, si trovò pus raccolto su parte della superficie esterna degli emisferi e su tutta la base del cervello, specialmente in vicinanza del chiasma dei nervi ottici, sul ponte, sul bulbo e sui due emisferi del cervelletto, oltre che negli spazii subaracnoidei del midollo spinale, gli ammalati erano insofferenti, piagnucolosi, ogni piccolo movimento provocava in loro dolore, ma non ebbero mai eccitamento psichico con atti impulsivi (1).

Tornando al nostro ammalato M... L..., in lui ci fu torpore, non eccitamento.

Il torpore era causato dalla compressione del cervello, prodotta dall'idrocefalo ventricolare, ed aumentava con l'aumento della compressione e diminuiva quando la compressione diminuiva.

Come si produsse l'accumulo di liquido nei ventricoli, lentamente o rapidamente? Tenendo conto che l'ammalato era depresso e perdette le urine fin dai primi giorni della malattia, si deve pensare alla formazione rapida dell'essudato. Da altra parte il torpore ebbe nel nostro ammalato la caratteristica degli alti e bassi. Anche a malattia inoltrata, dei giorni era sveglio, presente a sè stesso, dei giorni assopito sonnolento, senza alcuna reazione.

Ciò, a mio modo di vedere, dimostra che la quantità di essudato, versato nei ventricoli e tra le meningi, subiva variazioni in dipendenza della circolazione encefalica, avendosi, alle volte, riassorbimento, con diminuzione della compressione del cervello, ed, alle volte, aumento: fino a che,

(1) Eccitazione psicomotrice, con disturbi della coscienza e disordini sensoriali si hanno anche nell'anemia ed iperemia del cervello; con la differenza che, in questi stati morbosi, manca la febbre, la quale, invece, si trova sempre nella meningite. Anche nell'anemia cerebrale, però, si può avere la febbre per fatti morbosi concomitanti.

In un soldato che fu ricoverato per congelazione degli arti inferiori (edema ed eritema dei piedi e delle gambe) e profondo deperimento organico, si osservarono disturbi psichici, consistenti in allucinazioni ed idee deliranti, alle volte così tenui da sembrare una singolarità dell'individuo, altre volte più accentuate. Un giorno, seduto nel letto, raccontò al medico che un compagno gli aveva portato una bistecca e del vino eccellente, ed alla meraviglia del medico dette, con tutta calma, spiegazioni, e parlò con tanta chiarezza, specificando ogni cosa, che il medico finì col crederci.

Questo delirio calmo era, però, interrotto, ogni tanto, da impulsi violenti che rendevano necessario fare sorvegliare l'ammalato.

Morì dopo sei giorni con temperatura febbrile (38 1/2) mentre, durante la degenza, la temperatura era stata subnormale.

Si pensò ad una perniciosa malarica, ma l'esame del sangue fu negativo.

All'autopsia si trovò il cervello profondamente anemico. La sostanza cerebrale era esangue, sicchè il grigio delle circonvoluzioni si vedeva sbiadito: le circonvoluzioni erano come afflosciate, più sottili. Sui tagli non si vedeva una goccia di sangue. La sostanza bianca era compatta, secca, cerea.

Oltre questo non si trovò altro all'autopsia che potesse spiegare la morte.

per il diminuito potere di riassorbimento, o per il cresciuto potere essudativo dei tessuti, l'aumento del liquido nei ventricoli fu definitivo e la compressione del cervello contro la dura madre e la parete cranica arrivò a tale punto da rendere impossibile la funzione dei centri vitali della circolazione e della respirazione.

La perdita della parola fu un altro fenomeno di abolita funzione per compressione del cervello. I centri della parola, motori e sensoriali, ed il territorio dell'ideazione (zona parieto-temporo-occipitale) della corteccia cerebrale furono schiacciati contro la volta cranica, per l'aumentò del liquido nei ventricoli, e cessarono di funzionare.

Nella storia clinica, però, è detto che, nei giorni e nelle ore in cui non era assopito, l'ammalato pareva che comprendesse quello che gli si diceva, volgeva lo sguardo a chi entrava nella sua camera e gli parlava: sarebbe stato, cioè, in certi momenti, quando la compressione del cervello diminuiva, un afasico senza degradazione dell'intelligenza.

Da ciò si dovrebbe conchiudere che i centri delle immagini verbali sono più sensibili alla compressione che non il territorio dell'ideazione.

Ma l'ammalato comprendeva veramente quello che gli si diceva senza poter rispondere? od il fatto di girare la testa e guardare verso il punto dove sentiva rumore era un semplice atto riflesso?

Fu una quistione che mi posi varie volte quando osservavo l'ammalato, senza poter rispondere.

Sintomi a focolaio. — Il certo è che, nel nostro ammalato, alcuni centri della corteccia non erano paralizzati, ma reagivano con contrazioni muscolari degli arti, specialmente del superiore sinistro (mano chiusa a pugno) sotto lo stimolo meccanico prodotto dal contatto stretto contro la meninge e la volta cranica.

È probabile, quindi, che l'aspetto sveglio che aveva l'ammalato, alcune volte, il girare gli occhi e la testa fossero dovuti alla reazione di tutta la zona eccitabile della corteccia sotto l'azione dello stesso stimolo.

Anche in questo caso, però, si dovrebbe ammettere che lo stimolo meccanico necessario per far reagire i diversi centri motori della corteccia abbia diversa intensità, perchè le contrazioni dell'arto s. s., si manifestarono nel periodo preagonico, quando l'ammalato aveva respirazione stertorosa, segno che la compressione del cervello era al massimo, mentre l'aspetto sveglio, ecc., che aveva, qualche volta, l'ammalato durante il periodo afasico, precedette di qualche giorno il periodo preagonico.

C'è da domandarsi intanto:

La compressione del cervello ingrandito, per idrocefalo ventricolare, contro la volta cranica costituisce sempre uno stimolo meccanico per la zona motrice, in modo da produrre contrazioni nei muscoli corrispondenti?

In due altri casi di idrocefalo interno non si manifestò questo sintoma a focolaio.

Un ammalato di meningite cerebro-spinale, a forma sierosa, morì dopo 45 giorni di degenza (Ospedale m. m. della Spezia). All'autopsia si trovò aderenza della dura madre alle ossa nella regione occipitale. Il cervello era pallido e tanto ingrandito che sulla dura madre si vedevano le impronte delle suture delle ossa craniche. I ventricoli laterali e gli spazi subaracnoidali della base del cervello e della midolla erano pieni di liquido citrino.

Forse in questo caso non si ebbe la contrazione degli arti per le condizioni patologiche dei nervi spinali. All'autopsia, difatti, il midollo spinale si lasciò facilmente asportare, senza che ci fosse bisogno di tagliare i nervi spinali, i quali, essendo rammolliti, non offrirono resistenza alcuna.

Nell'ammalato di meningite tubercolare, con idrocefalo ventricolare, di cui abbiamo parlato sopra, neppure si ebbero contratture degli arti, forse perchè, in questo caso, l'ingrandimento del cervello non era tale da produrre compressione contro la volta cranica.

La rigidità della nuca, che è un sintoma caratteristico della meningite cerebro-spinale, si manifestò nel nostro ammalato, marinaio M. L., fin dai primi giorni. Mancando, però, in lui, la meningite spinale, il sintoma non si può spiegare con l'irritazione dei nervi cervicali, che, in generale, si ritiene essere la causa di esso in quella malattia.

Secondo il mio modo di vedere, la rigidità della nuca, nel nostro ammalato, si deve spiegare con l'irritazione dell'accessorio, 11° paio, che innerva lo splenio del capo e del collo.

L'accessorio, nel suo tratto superiore, quando si unisce al vago, che esce dal bulbo, è a contatto con la superficie inferiore del cervelletto, che, nel nostro ammalato, era la sede della meningite purulenta.

Lo strabismo interno, che si ebbe nel nostro ammalato, era dovuto a paralisi dell'abducente, il quale, nel suo tratto subaracnoideo, prima di perforare la dura madre della fossa cranica media, si trovava immerso nell'essudato dell'idrocefalo esterno.

Perdita dell'equilibrio e tendenza a cadere indietro. — Fu questo il sintoma che ci fece fare la diagnosi di lesione del cervelletto, durante la vita dell'ammalato: ma, poichè l'idea di insuf

ficienza cerebellare si unì, nella nostra mente, a quella di lesione distruttiva dell'organo, così si pensò ad un tumore (che potrebbe essere stato già in formazione quando si iniziò l'infezione influenzale), ad un tubercolo, ad una gomma, ovvero anche ad un ascesso. Quest'ultima ipotesi era più in armonia con la natura della malattia e fu quella su cui ci fermammo di più, dopo che, all'esame, la funzione visiva risultò normale. Questo fatto ci fece escludere il tumore del cervelletto, malattia nella quale, in generale, per le alterazioni che avvengono, per contiguità, nel lobo occipitale e centro visivo, la vista è più o meno alterata.

Non pensammo che, oltre alle lesioni distruttive vi sono anche le irritative del cervelletto. Se vi si fosse pensato, avremmo fatta, con precisione, la diagnosi di natura, oltre quella di sede. Nel nostro ammalato si trovavano, difatti, tutti i sintomi che vengono descritti nelle lesioni irritative e compressive del cervelletto: tendenza a cadere indietro, incurvamento del collo, strabismo (questi due ultimi fenomeni dovuti ad azione sugli organi vicini).

Diagnosi esatta. — E si sarebbe anche potuta fare la diagnosi di idrocefalo interno o ventricolare.

Dei sintomi presentati dall'ammalato, non tutti erano sintomi di una lesione del cervelletto.

Non era tale la perdita involontaria delle urine e delle fecce, che si ebbe fin dai primi giorni e che non si poteva spiegare con una lesione della midolla. Essa indicava che il cervello non sentiva lo stimolo della pienezza della vescica, stimolo che provocava, per l'arco riflesso midollare, senza che il cervello potesse inibirlo, la contrazione dei muscoli e, quindi, il vuotamento della vescica.

Questo voleva dire che nel cervello vi era una alterazione che ne aboliva, in parte, la funzione: tanto più che, oltre la perdita involontaria delle urine e delle fecce, vi era anche l'altro sintoma importante del torpore, manifestatosi, anche questo, fin dai primi giorni.

Per spiegarci gli alto e basso che si avevano nello stato mentale, sensitivo, sensoriale e motorio dell'ammalato, noi pensammo all'edema cerebrale, prodotto, per compressione, da un tumore o da un ascesso del cervelletto.

Essendo mancato nel M. L. il grido idrocefalico, che si ebbe, invece, caratteristico, nell'ammalato di meningite tubercolare, mancò un sintoma che ci avrebbe potuto fare orientare per l'esatta diagnosi.

Venezia.

CONFERENZE.

Osservazioni su 300 casi di sterilità.

Conferenza tenuta dal dott. ARTURO BRUN alla Associazione Medica Triestina, la sera del 7 aprile 1919.

Il problema della sterilità della donna fu studiato negli ultimi anni con grande amore dai ginecologi e dànno prova di ciò i molti lavori pubblicati sul tema. Sulla sterilità nella Venezia Giulia nulla fu scritto finora, benchè tali casi sieno anche qui molto frequenti e destino un certo interesse, specialmente se sono confrontati colle statistiche di altre regioni.

A questa mancanza ho cercato di supplire, riferendo oggi su 300 casi di sterilità da me osservati a Trieste negli ultimi dieci anni, sperando che tale argomento non riuscirà discaro per l'interesse, che questi casi possono suscitare tanto dal lato eziologico, quanto nel campo terapeutico.

Premetto subito, che la mia statistica tratta soltanto le osservazioni fatte da me sulla donna e lascia da parte l'altro coniuge per l'impossibilità che ho avuto di sottoporre a esame in tutti i casi anche il marito. Questi era spesso lontano e impedito di portarsi dal medico; altre volte le donne stesse vennero da me a insaputa del coniuge, curiose di conoscere il motivo della sterilità; qualche volta infine il marito rifiutò l'esame del suo sperma, forse per paura che venisse a galla qualche suo vecchio malanno. In molti casi invece trovai il coniuge stesso, desideroso che si esaminasse il suo sperma. Da questi esami praticati saltuariamente non ho voluto trarre una percentuale della sterilità del maschio, persuaso che una statistica di pochi casi scelti non mi avrebbe dato risultati troppo esatti.

Ho diviso i miei casi in due grandi gruppi: sterilità primaria, nella donna che non ha avuto ancora mai nè un aborto nè un parto, e sterilità secondaria, nella donna che, prima di diventare sterile, ha avuto già un parto o un aborto.

Non tutti gli autori sono d'accordo nello stabilire dopo quanto tempo di vita sessuale una donna possa chiamarsi sterile. Alcuni, come il Chroback ed il Rosthorn, la dichiararono tale già dopo due anni di accoppiamento infruttuoso; altri invece, come il Fränkel 1), vogliono che sia trascorso il lustro. Avendo avuto occasione di osservare, che la maggior parte delle sterili si recano dal medico già alla fine del secondo anno di vita coniugale, mi tenni nella mia statistica al biennio. Per la sterilità secondaria invece ho

preferito un limite di tempo maggiore, perchè l'allattamento diminuisce la possibilità del concepire; in questa sterilità secondaria ho incluso soltanto quei casi, in cui dopo un solo parto o dopo un solo aborto per almeno tre anni non era venuta un'altra gravidanza, malgrado l'abolizione di mezzi preventivi.

Anch'io, come molti autori, ho notato che la sterilità primaria (230 casi) è molto più frequente della secondaria (70 casi). Ciò però si spiega facilmente, considerando che la prima dipende da difetti congeniti o acquisiti, mentre la seconda è soltanto acquisita. Oltre a ciò la differenza è spiegabile col fatto che per curare la causa della sterilità, quelle donne, che non hanno mai concepito, più facilmente si portano dal medico di quelle, che hanno già un figlio.

Studiando più da vicino i casi di sterilità primaria, ho potuto stabilire che in 13 l'apparato genitale era normale, in 107 c'era infantilismo dell'utero e delle ovaie, in 102 processi infiammatori del genitale ed in 8 la sterilità era causata da fibromi.

Tabella con le cause della sterilità nei 300 casi da me osservati,

A) STERILITÀ PRIMARIA: 230 casi.

I. *Genitale normale*: 13.

II. *Difetti congeniti*: 107.

1) Deficente funzione ovariale con pinguedine: 18.

2) Deficente funzione ovariale con anemia e flaccidezza uterina: 9.

3) Grave infantilismo dell'utero: 35.

4) Leggiero infantilismo dell'utero: 10.

5) Antiflessione rigida dell'utero: 21.

6) Retroversione o retroflessione dell'utero normale: 8.

7) Stenosi dell'orificio esterno: 6.

III. *Processi infiammatori*: 102.

1) Annessite cronica: 53.

2) Perimetrite cronica: 23.

3) Perimetrite cron. con fissazione dell'utero retroverso: 11.

4) Vaginite granulosa: 4.

5) Endometrite, metrite, catarro del collo uterino con erosione: 11.

IV. *Fibromi*: 8.

B) STERILITÀ SECONDARIA: 70 casi.

I. *Genitale normale*: 1.

II. *Iperinvoluzione uterina*: 3.

III. *Deficente funzione ovariale per saturnismo*: 1.

IV. *Cicatrici all'orificio uterino dopo plastiche del collo*: 5.

V. *Annessite cronica e perimetrite*: 44.

VI. *Metrite, endometrite e metrite del collo*: 14.

VII. *Fibromi*: 2.

Questa statistica dà risultati differenti da quelli ottenuti dal Bumm 2), che trovò 2/3 dei casi di sterilità primaria causati da infantilismo, mentre io ne ebbi meno della metà. Ciò dimostrerebbe, che quest'anomalia nella nostra regione è meno frequente che altrove. Anzi, studiando la provenienza d'ogni singolo caso, osservai che di 107 donne affette da infantilismo appena la metà era di Trieste, le altre invece appartenevano al contado o a qualche piccola città della provincia. Considerando poi la provenienza dei 102 casi di sterilità primaria per processi infiammatori del genitale, rilevai che ben 77 erano di Trieste. Ciò dimostra ad esuberanza, che nella nostra città la sterilità primaria è prodotta più da processi infiammatori che da infantilismo, mentre nelle campagne e nei piccoli luoghi di provincia almeno per ora avviene il contrario. Dico per ora, perchè l'aumentato benessere economico delle popolazioni rurali in conseguenza della guerra e la maggior frequenza delle malattie degli organi genitali fra i contadini farà in seguito certamente modificare la relazione fra l'infantilismo e i processi infiammatori nelle statistiche sulle cause della sterilità.

Anche le forme gravi d'infantilismo, in cui l'utero è quasi allo stato fetale e la funzione ovariale manca del tutto, furono da me osservate più spesso fra le donne della campagna, che fra quelle della città.

L'esuberanza dei processi infiammatori dipende senza dubbio dall'enorme diffusione della gonorrea. Infatti su 102 casi ho potuto stabilire 23 volte con certezza e 64 volte con somma probabilità l'origine gonorroica del processo.

Moltissime sterili, che si presentarono nel mio ambulatorio con affezioni infiammatorie, erano già da lungo tempo sposate ed avevano alterazioni piuttosto gravi e difficilmente riparabili, per quanto riguarda il ritorno della funzione germinativa. Infatti, fra i 102 casi di sterilità primaria acquisita, 53 avevano un'annessite cronica, 34 una perimetrite cronica, fra cui 11 volte combinata alla fissazione dell'utero retroverso, 4 donne erano affette da vaginite granulosa con forte spurgo e 11 da metrite o endometrite catarrale oppure da catarro del collo uterino con erosione.

Merita ancora accennare alla scarsissima frequenza della combinazione dei processi infiammatori coi difetti congeniti. Io ne ho potuto trovare, fra i 102 casi osservati, soltanto 5. Ciò di-

mostrerebbe, che nell'infantilismo la ristrettezza del canale uterino non solo rende difficile la ascesa degli spermatozoi, ma impedisce anche l'entrata dei germi infettivi.

Riferirò ora in breve sulle 70 donne affette da sterilità secondaria. In un caso la donna era perfettamente sana e la causa stava nel marito, tre volte trovai un'iperinvoluzione dell'utero, due volte un fibroma, in un caso deficente funzione ovariale per saturnismo, in 5 donne cicatrici all'orificio uterino dopo plastiche del collo, in 14 metrite, endometrite o metrite del collo con erosione, infine 44 volte annessite cronica o perimetrite. Dunque anche nella sterilità secondaria ho notato un numero stragrande di affezioni difficilmente riparabili, che di solito erano incominciate subito dopo il parto o l'aborto per infezione puerperale o per blenorrea ascendente (5 casi) e che erano state trascurate al loro inizio.

Specialmente gli aborti di poche settimane, che spesso passano inosservati, hanno un'influenza deleteria sulla funzione germinativa. L'anamnesi di questi casi è sempre la stessa: qualche mese dopo il matrimonio ritardo mestruale di 2 o 3 settimane, poi emorragia abbondante continuata per alcuni giorni, durante la quale non si osserva affatto il riposo e si trascura ogni assistenza ostetrica; più tardi dolori al basso ventre e alla schiena e spurgo bianco; dopo alcune cure consigliate dai famigliari finalmente consultazione medica, quando le alterazioni genitali sono già tanto profonde, da rendere impossibile ormai una nuova concezione.

Qualche cosa di simile può succedere anche dopo un aborto procurato o un parto spontaneo, quando per non attenta sorveglianza durante il puerperio, l'utero non s'involve bene e resta grosso ed aperto.

La mia statistica non cita affatto lesioni della vagina e del perineo fra le cause della sterilità; e ciò è naturale, perchè queste, se anche molto estese, non impediscono la fecondazione. Esse tutt'al più la possono rendere un po' più difficile col mantenere una secrezione catarrale abbondante della vagina, dannosa all'ascesa degli spermatozoi.

Ho citato invece 10 volte i fibromi dell'utero come causa della sterilità. Secondo alcuni autori, i fibromi non sarebbero la causa, ma la conseguenza dell'inattività uterina. È celebre il detto del Pinard: « Primipare di più di 30 anni, cercate il fibroma ». Anche il Freund 3) accentua la importanza dell'infantilismo uterino e rispettivamente della sterilità, come cause predisponenti dei fibromi. Secondo altri autori [e per citarne uno, lo Szametz 4)] invece questi tumori producono realmente una diminuzione della fertilità, e la possibilità del concepimento sarebbe tanto minore, quanto più vicino alla cavità uterina si trova il fibroma. Per quanto concerne i casi da me osservati, devo confermare quest'opinione.

La stessa disparità di vedute la troviamo anche sulla sterilità accompagnata dalla pinguedine. Alcuni ammettono che in questi casi l'adiposità sia la conseguenza della deficiente funzione ovariale, altri invece hanno l'opinione opposta. Fra i miei casi trovai 18 volte adiposità rilevante, ma tutte le volte abbinata all'infantilismo. Non ho osservato invece casi di sterilità secondaria con apparato genitale normale complicati a pinguedine e ciò parlerebbe appunto in favore della prima opinione, la qual cosa corrisponde anche all'osservazione, che donne nel climaterio o private delle ovaie s'ingrossano fuor di misura.

Esiste infine una terza possibilità, cioè che tanto l'adiposità, quanto l'infantilismo dell'apparato genitale dipendano da una causa unica, forse dalla deficente funzione dell'ipofisi, come nella distrofia adiposo-genitale, in cui per la degenerazione dell'ipofisi si trova l'atrofia dell'utero combinata alla pinguedine.

Nella mia statistica manca qualsiasi caso, in cui sieno citati, come causa esclusiva della sterilità, il deflusso troppo rapido dello sperma dopo il coito e la mancanza d'orgasmo della femmina al momento dell'amplesso. Runge 5), che esaminò un gran numero di donne 6 ore dopo il coito, trovò spermatozoi nella vagina di tutte quelle che avevano già una volta partorito, mentre questi mancavano nella metà delle sterili. Questo deflusso troppo rapido dello sperma nelle donne che non hanno mai partorito dipende dal fatto, che l'infantilismo dell'utero e delle ovaie è spesso abbinato ad una vagina troppo corta specialmente nella sua parete anteriore o molto obliqua, oppure ad un fornice vaginale poco profondo o a un perineo molto basso. Il deflusso troppo rapido dello sperma non è quindi una causa della sterilità, ma un sintomo dell'infantilismo.

Quanto alla mancanza d'orgasmo poi la maggior parte degli autori è del parere, che questo non sia affatto necessario per il concepimento. All'orgasmo, come scrisse il Chroback 6), si può dare tutto al più l'importanza di un indicatore delle alterazioni funzionali dell'apparato genitale, ma non è lecito considerare come causa di sterilità la sola sua mancanza.

***

Da ciò che ho detto fin qui si può comprendere, quanto numerose sieno le cause della sterilità e quanto difficile sia lo stabilirne esattamente per

ogni caso la diagnosi. Ma, anche trovata la causa, l'applicazione della giusta terapia non è sempre facile.

I pareri degli autori sulle varie cure sono ancor oggi oltremodo disparati e ciò dipende dalla mancanza di una statistica esatta sui risultati delle cure. Per far questa, sarebbe necessario che i medici potessero seguire a lungo i loro casi di sterilità. Invece molte donne, neppure se restano gravide, si prendono la briga di riferirne al medico, altre lasciano la cura a mezzo e poi, non vedendone pronto il risultato, si rivolgono altrove; altre infine sono impedite di curarsi, come vorrebbero, perchè abitano lontano e non possono venire spesso dal medico. Queste stesse difficoltà le ho trovate anch'io nel fare la statistica dei miei risultati e perciò ho dovuto scegliere fra le mie pazienti soltanto quelle, che avevano fatto completamente la cura raccomandata e che erano state sorvegliate per lungo tempo da me.

Ne riferirò in breve i risultati

La *cura dei difetti congeniti* diede naturalmente risultati diversi a seconda delle alterazioni esistenti. Ebbi i peggiori risultati nei casi, in cui la deficente funzione ovariale era complicata con la pinguedine: in nessuna donna su 18 da me lungamente curate ottenni il concepimento. Efficaci invece furono le cure in quelle donne, in cui la deficente funzione ovariale era abbinata all'anemia ed alla flaccidezza uterina con antiflessione dell'organo. Tutte quelle che ebbero la pazienza di fare lunghe cure ricostituenti poterono concepire senza bisogno di alcuna terapia locale.

Anche nell'infantilismo uterino ho potuto distinguere, per quanto concerne il risultato, due gradi: casi in cui l'utero era soltanto un po' più piccolo del normale e casi coll'utero quasi fetale.

La cura dei difetti uterini più leggieri diede ottimi risultati, specialmente quando la donna era ancora molto giovane. In questi casi bastò il solo trattamento generale, cioè una sana nutrizione, cure arsenicali e ferruginose, bagni di sole e di mare. Nei casi invece in cui i 20 anni erano già passati dovetti ricorrere anche al trattamento locale. Questo consiste in una cura di massaggi praticata almeno per tre mesi. Se durante questo tempo non ha avuto luogo ancora un cambiamento del volume dell'utero, riesce inutile la continuazione della cura. Anche la comparsa di mestruazioni più copiose è un indice del buon successo dei mezzi impiegati e deve incoraggiare tanto il medico, quanto la paziente a proseguire la cura.

Di gran lunga più utile di questa terapia mi sembrò la ripetuta introduzione dei bastoncini di laminaria nel collo uterino, come propone il Pinard 7). A questa dilatazione forzata l'utero non rimane insensibile; le sue pareti reagiscono e, se l'operazione viene ripetuta più volte, l'utero s'ingrandisce. Secondo alcuni autori questo cambiamento uterino è talvolta accompagnato da un aumento dell'orgasmo della donna durante l'amplesso e perciò la cura della laminaria sarebbe giovevole anche in quelle donne di « natura frigida », che non hanno infiammazioni dell'apparato genitale.

Purtroppo però quelle che si sottomettono all'introduzione della laminaria, si inducono facilmente a farsi operare una volta sola, ma poi, non vedendo subito il risultato, tralasciano di continuarla per semplice noncuranza. Pinard, che per 30 anni adoperò con successo questo metodo, raccomanda caldamente la ripetizione della cura ed anche il Bumm è dello stesso parere.

Tutto ciò vale soltanto per i casi d'infantilismo uterino meno gravi, mentre per quelli assai pronunciati ogni cura riesce inefficace ed io mi sono di solito astenuto da tali tentativi, non volendo creare inutili illusioni in chi ricorreva al mio consiglio.

Negli ultimi anni fu inaugurata una nuova terapia dell'infantilismo, cioè la cura con iniezioni di sostanza ovariale o con estratti dei corpi lutei. Così Herrmann 8) in un Congresso riferì sulle sue esperienze fatte con una sostanza lipoide estratta dai corpi lutei delle cavie. Egli iniettò questa sostanza per parecchie settimane a femmine giovani di coniglio e potè ottenere un ingrossamento rilevante di tutto l'apparato genitale e delle mammelle.

Altri poi dimostrarono, che il corpo luteo contiene due sostanze. La prima, chiamata « luteolipoide », avrebbe proprietà emostatiche e, iniettata sotto la pelle prima o durante i menstrui, sarebbe capace di diminuire la perdita di sangue.

La seconda, detta « lipamina », avrebbe il potere, esperimentata sugli animali, di accelerare l'accrescimento dell'apparato genitale e, iniettata nelle donne amenorroiche, di produrre la menstruazione.

Purtroppo lo studio di tale terapia non è ancora tanto progredito da poter sfruttare questo metodo di cura già oggi con profitto nel trattamento della sterilità. In ogni caso però si può prevedere quale via prenderà in avvenire la terapia dell'infantilismo. Con questo nuovo indirizzo forse sarà possibile di aumentare anche la energia riproduttrice degli individui e quella vitalità degli ovicini, che è indipendente dalle malattie locali e generali.

Parlando delle cure dei difetti congeniti, non posso tralasciare di menzionare ancora l'antiflessione rigida dell'utero, chiamata anche « utero a chiocciola », e la retroversione o retroflessione congenita.

La prima impedisce il concepimento in causa di una ripiegatura della mucosa cervicale all'altezza dell'orificio uterino interno; la seconda invece produce la sterilità, perchè la deviazione uterina non permette che l'orificio esterno dell'utero si trovi nel fornice posteriore, che è il ricettacolo del seme. Ambedue queste irregolarità possono essere congiunte anche alla stenosi dell'orificio uterino esterno, che assai di raro si trova sola, come causa di sterilità (sei volte su 107 casi).

L'antiflessione rigida dell'utero, che non deve essere confusa con quei leggieri gradi di antiflessione già prima accennati e causati da flaccidezza uterina, venne curata da me colla dilatazione mediante la laminaria, abbinata alla discissione dell'orificio esterno. Su 10 casi così trattati tre volte osservai il concepimento. Nei casi negativi il canale uterino breve tempo dopo l'operazione s'era di nuovo ristretto.

Per averne risultati migliori sarebbe necessario, come vuole il Pinard, che le pazienti dopo la dilatazione colla laminaria si assoggettassero ancora per alcuni mesi dopo ogni menstruo ad una dilatazione dell'utero coi bastoncini Hegar, ciò che raramente è possibile di ottenere dalle pazienti.

Nell'ultimo tempo, partendo dal principio che ogni antiflessione rigida è congiunta ad una deviazione in avanti del collo uterino e che questa contribuisce a rendere difficile il concepimento, ho usato, invece della discissione bilaterale secondo Pozzi, l'operazione del Dudley. Questa consiste nel taglio mediano del labbro uterino posteriore, seguito dalla suturazione della mucosa intracervicale con quella della porzione vaginale, e nell'asportazione di un lembo della parete anteriore del labbro uterino anteriore, la cui ferita viene poi suturata trasversalmente. Questa operazione permette che corpo e collo vengano a mettersi in un solo asse e, decongestionando la mucosa cervicale, rende minore la ristrettezza del canale. I risultati da me ottenuti con questo metodo (due concepimenti su 5 operate) promettono per l'avvenire una statistica migliore.

In un solo caso trattai l'utero a chiocciola col pessario intrauterino ideato e raccomandato dal Bossi 9), ma questo, essendo rimasto troppo tempo nell'utero per noncuranza della paziente, produsse perdite di sangue prolungate e copiose. Malgrado la mancata fecondazione, credo che il pessario sia veramente atto a correggere la deformità uterina, ma che il suo uso offra seri pericoli d'infezione.

La retroflessione e la retroversione congenite possono sussistere da sole o essere accompagnate da altri difetti congeniti. Nel primo caso l'elevazione dell'utero e l'applicazione di un semplice pessario apportano quasi sempre ottimi risultati: su 5 donne trattate in questo modo, 3 rimasero gravide. A questo proposito ricordo una donna che, avuto il pessario, rimase gradiva dopo breve tempo. Mortole poi il bambino per malattia intercorrente, la madre suppose che ormai sarebbe capace di concepire anche senza il pessario e non si fece vedere da me. Ma non essendo rimasta più gravida, due anni dopo il parto ritornò nel mio ambulatorio. Trovai l'utero nuovamente retroverso. Applicato un pessario Hodge, la donna concepì poco dopo e partorì a termine.

I casi di retroversione e di retroflessione congenita complicati ad altri difetti congeniti (utero infantile, stenosi dell'orificio esterno, irregolarità della vagina) sono invece i più renitenti alle cure ed io di solito li ho lasciati in pace.

Mi sono dilungato sulla terapia dei difetti congeniti, perchè i pareri su questa sono ancora disparati, mentre della *cura dei difetti acquisiti,* essendo essa più conosciuta, basterà soltanto un breve cenno.

Perchè il concepimento abbia probabilità di riuscita, la terapia deve incominciare breve tempo dopo l'inizio del male ed essere continuata per molti mesi, anche dopo la cessazione dei disturbi. In 30 casi d'infiammazioni croniche del genitale da me osservati lungamente non ottenni il concepimento che due volte sole, mentre in 10 casi, in cui il processo infiammatorio non datava che al massimo da un anno, vidi 6 gravidanze, ciò che dimostra a sufficenza l'importanza d'una pronta terapia.

Nei processi infiammatori ho usato di solito la cura conservativa e ho fatto pochissimo uso dell'atto operativo. Fra tutti i miei casi di sterilità acquisita, primaria e secondaria, trovo soltanto 5 raschiamenti per endometrite e una sola laparotomia con ovoforectomia sinistra e isteropessia per vecchio processo puerperale, seguita da gravidanza.

Non ho consigliato spesso la laparotomia conservativa per ottenere il concepimento, perchè i risultati sono, secondo il Funck-Brentano e il Plauchn 10), appena del 10 o del 12 per cento, ed anche in quei casi, in cui l'operazione fu da me consigliata, le pazienti non vollero sottoporvisi, non avendo avuto disturbi speciali.

Non ho citato alcuna operazione di plastica del

collo fatta a scopo di facilitare il concepimento nei casi di cicatrici dipendenti da un parto operativo o nei casi di metrite del collo, perchè le prime a mio parere non producono sterilità, e le metriti del collo possono venir curate con maggior profitto colla cauterizzazione, che, secondo molti autori, è meno dannosa per il decorso della futura gravidanza e del futuro parto. La cauterizzazione, decongestionando la mucosa cervicale, produce anche la sparizione dello spurgo, che meccanicamente e forse anche chimicamente impedisce l'ascesa degli spermatozoi.

***

Prima di chiudere questa mia relazione dirò ancora due parole sulla *fecondazione artificiale*. Io la ho tentata soltanto in due casi ma con esito negativo. Anche Döderlein 11) su 6 donne trattate con la fecondazione artificiale ottenne una sola concezione. Del resto i limiti di questa terapia sono oltremodo ristretti; essa è riservata soltanto a quei casi in cui esiste un'ipospadia del maschio oppure una situazione assai irregolare del collo uterino.

Da tutta la mia statistica non risultano fatti nuovi, ma una cosa apparisce chiara, cioè l'importanza delle cure lunghe e ripetute tanto per i difetti congeniti, quanto per quelli acquisiti. Se le pazienti vogliono avere un risultato dalla cura devono in questa assecondare il medico e chi avrà la pazienza di continuarla, avrà anche la soddisfazione di vederne i risultati.

***

Spero che queste brevi osservazioni avranno l'effetto d'interessare i medici al problema della sterilità. Il suo trattamento, insieme con la lotta contro l'aborto criminale e coi provvedimenti da prendersi in favore della maternità, servirà certamente ad aumentare il numero delle nascite, che in questi ultimi anni sono tanto diminuite.

L'Italia, compiuta la sua unità, ha bisogno assoluto di avere una numerosa popolazione per procedere sul glorioso cammino segnato dai suoi antenati e per giungere a quel primato, che fu già splendido nei secoli passati.

Questo è il nostro comune desiderio, questo il nostro fervido voto.

AUTORI CONSULTATI.

1) FRAENKEL. *Klin. Beiträge zur Pathologie und Therapie der weibl. Sterilität.* « Sammlung klin. Vorträge von Volkmann », 1917, nn. 460 e 461.

2) BUMM. *Ueber Behandlung und Heilungsansichten der Sterilität bei der Frau.* « Deutsche med. Wochenschrift », 1904, n. 48.

3) FREUND. *Zur Aethiologie der Uterusmyome.* « Zeitschrift für Geburtchilfe und Gynäkologie », 1913, vol. LXXIV, 1.

4) SZAMETZ. *Ueber den Einfluss der Myome auf die Sterilität und Fertilität.* « Wiener klin. Rundschau », 1912, nn. 49-51.

5) RUNGE. *Beiträge zur Aethiologie und Therapie der weibl. Sterilität.* « Archiv für Gynäkologie », 1909, vol. 87.

6) CHROBACK. *Ueber Sterilität.* « Wiener klin. Wochenschrift », 1901, n. 51.

7) PINARD. *Livre d'or, offert au Prof. Pozzi*, riassunto da FRITSCH nel « Zentralblatt für Gynäkologie », 1906, n. 40.

8) HERRMANN. *Zur Pathologie des Corpus luteum.* « Zentralblatt für Gynäkologie », 1913, n. 42.

9) BOSSI. *Der schneckenförmige Uterus.* « Zentralblatt für Gynäkologie », 1908, n. 20.

10) FUNCK-BRENTANO et PLAUCHN. *Traitement de la sterilité chez la femme.* « La Gynécologie », 1912, nn. 10-12.

11) DÖDERLEIN. *Ueber künsiliche Befruchtung.* « Münchner med. Wochenschrift », 1912, n. 20.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

(JOHN B. DEAVER. *N. Y. Medical Journal*, 3 maggio 1919).

È ben noto il quadro clinico più comune (non sarebbe esatto parlare di quadro tipico) di questa che va messa tra le malattie più insidiose, e in cui una diagnosi precoce è altrettanto desiderabile quanto raramente attuabile.

Individui sui 50-60 anni, che finora hanno goduto buona salute, cominciano ad avvertire perdita di appetito, senso di pienezza epigastrica, eruttazioni acide. Più tardi: vomito occasionale, perdita di peso, avversione al cibo specialmente carneo. In questa epoca l'analisi gastrica rivela probabilmente anacidità, ritensione (12 ore), un po' di acido lattico, numerosi bacilli di Beas-Oppler, sangue alterato positivo alla benzidina e al guaiaco.

L'esame fisico mostra una peristalsi attiva, non sensibilità addominale, non masse palpabili.

Dopo aver provato, allarmato dalla perdita di peso e dalla debolezza generale, una serie di rimedî per suo conto, dopo aver consultato varî medici e seguito altrettanti regimi terapeutici, il paziente finalmente arriva al chirurgo, in un periodo in cui l'operazione offre oramai il 15-20 per cento di mortalità invece del 2-3 % che avrebbe avuto se fosse stata eseguita precocemente. Indubbiamente non siamo ancora in

possesso di una prova patognomonica per la diagnosi precoce del carcinoma gastrico: ma appunto questo deve spingere il medico internista a passare presto tutti i casi sospetti al chirurgo, quando si pensi che la mortalità per laparatomia esplorativa è praticamente trascurabile.

Uno dei più frequenti reperti all'operazione (o al *postmortem*) in questo tipo di cancro gastrico è l'evidenza di una ulcerazione guarita. In poche settimane o mesi la lesione passa per l'intiera gamma delle alterazioni patologiche della parete gastrica: gastrite generale o locale, ulcerazione, cancro: e corrispondentemente si succedono le varie manifestazioni cliniche assai rapidamente, sicchè il medico è fuorviato nel trattare i sintomi senza badare alla causa sostanziale. La storia di questi casi è di solito quella di una ulcera gastrica: attacchi periodici di dispepsia, con generalmente buona salute nei periodi intercorrenti, sebbene in alcuni il disturbo è continuo, con più o meno acute esacerbazioni.

Se poi il cancro si è impiantato su un'ulcera a sintomatologia atipica (simulante una appendicite, una colecistite, una pancreatite croniche) sarà impossibile fare una diagnosi precoce, e l'unica salvezza sta nell'aprire l'addome, spezionare, palpare. Immediatamente dopo, come valore diagnostico, viene l'esame radioscopico, eseguito da una persona competente, ma anche questo non dà che raramente la sicurezza. E il gastro-enterologo che crede alla sua diagnosi fatta con la sonda gastrica, con l'analisi chimica, con i raggi x, aumenta, per usare a frase più benigna, l'invalidità cronica, e rende il caso meno favorevole, perchè il chirurgo possa raggiungere il risultato desiderato.

Senza dubbio non a ogni tipo di ulcera gastrica segue il cancro ma nella metà dei casi, e forse più secondo alcuni autori, i cancri seguono ad ulceri: è quindi da una diagnosi precoce e dal trattamento dell'ulcera che dipende largamente la cura del carcinoma precoce.

Noi siamo portati a fare grande affidamento sull'analisi gastrica, ma nel cancro precoce non esistono regole riguardo all'acidità del contenuto dello stomaco. L'iperacidità è frequentissima nelt'ucera e agendo come irritante produce delle modificazioni nelle cellule glandolari, probabile primo passo alla proliferazione cancerosa. D'altro lato l'ipo- o anche l'anacloridria, che è generalmente ritenuta patognomonica del cancro, si accompagna a circa il 30 % dei casi di colelitiasi e anche di altre condizioni, che comportano pure perdita di peso e di forze, come pancreatite, diabete, calcolo renale, ecc.: sicchè quel sintoma dà la probabilità ma non la certezza del neoplasma. Anche la presenza di acido lattico e del bacillo di Boas-Oppler, pur essendo assai probativo non può considerarsi un reperto patognomonico, perchè il primo è assai frequente nella stenosi benigna con dilatazione gastrica, il secondo si trova abbondante solo negli stadî avanzati, quando la chirurgia può far poco, per lo meno dal punto di vista radicale. Il reperto microscopico di pus, la presenza di sangue occulto possono essere di valore diagnostico, ma non sempre sono dimostrabili nelle forme precoci. Infine, tutte le varie prove di laboratorio suggerite, come quella del triptofane, quelle sul sangue e sul siero, quelle cutanee, possono avere un valore di conferma ma non sono risultate specifiche.

Su che cosa ci possiamo basare allora per svelare un cancro gastrico precoce? Francamente, non abbiamo nulla di positivo; ma in ultima analisi le più attendibili sorgenti di informazioni sono: prima, la storia, e, secondo, l'esplorazione. In poche parole, un paziente di media età (40-60 anni) con una storia tipica di ulcera gastrica, e che ha sempre goduto buona salute fino a un anno e 6 mesi prima, e ora si lagna di dolore epigastrico, con più o meno rigidità, progressiva perdita di peso, forza e appetito, con o sensa vomiti, con maggiore o minore insufficienza motoria, aumento, moderata diminuzione o affatto scomparsa di acido cloridrico, presenza o assenza di acido lattico e di bacillo di Boas, giustifica il sospetto di cancro. La radioscopia, in tali casi, dimostrerà probabilmente qualche alterazione nei contorni dello stomaco e anomalie delle onde peristaltiche; ma la laparotomia e il laboratorio istologico daranno l'informazione definitiva, e sopra una certezza così ottenuta il chirurgo procederà all'intervento, potendo promettere al suo paziente il miglioramento se non la guarigione.

Quanto William Y. Mayo scriveva nel 1904 mantiene oggi, nonostante tutti i progressi, inalterato il suo valore: « In una incisione esplorativa precoce noi abbiamo l'unica risorsa diagnostica attendibile, a cui il più delle volte bisogna ricorrere per porre la diagnosi chirurgica. Senza di essa la certezza si stabilirà lentamente e a spese di un progressivo aggravamento senza speranza. L'esplorazione è intervento semplice e breve. Si è detto che il paziente non si sottometterà volentieri a una laparotomia per un semplice sospetto. Ciò è una ingiustizia verso il pubblico: essa ci è stata raramente rifiutata quando venne proposta con gli opportuni schiarimenti. L'invito ad attendere è più spesso venuto dal medico curante ».

L'A. termina riferendo un caso clinico che è la dimostrazione pratica di quanto sopra ha affermato: che in ultima analisi la laparotomia resta l'unica risorsa diagnostica a nostra disposizione.

SEBASTIANI.

MEDICINA.

Leucemia acuta.

(V. HANSEMANN. *Mediz. Klin.*, n. 1, 1919).

L'opinione generale, sebbene non ne sia manifesta la prova, è che la leucemia consista in una malattia da infezione; l'A. è però personalmente convinto che essa sia determinata da parassiti, specialmente per il decorso dei casi di leucemia acuta, che per la grande somiglianza con le malattie da infezione sono tanto frequentemente con queste scambiate, p. e., con l'angina tonsillare necrotizzante, col morbus maculosus, con la sepsis, ecc.

Il caso che l'A. comunica è specialmente interessante sia per il decorso straordinariamente rapido, sia perchè fu stabilita la diagnosi clinica di sepsis, sebbene l'esame del sangue parlava assolutamente per una leucemia. L'inizio della malattia, la brevità del suo decorso, il reperto delle fauci, la curva febbrile e la mancanza di qualsiasi ingorgo glandulare esterno inducevano, malgrado il risultato dell'esame del sangue, a ritenere trattarsi di leucemia; anche all'autopsia tale diagnosi risultò probabile ma non assolutamente sicura. Anche in questo caso colpiva la mancanza dell'ingorgo glandulare e specialmente la caratteristica emorragia.

Solo lo stato della milza, l'aumento di volume del fegato e la necrosi a forma di noma delle fauci facevano sorgere il sospetto della leucemia, che fu poi reso sicuro in seguito all'esame microscopico.

Il risultato dell'autopsia non permetteva neanche una chiara diagnosi e senza l'esame del sangue non sarebbe forse sorto neanche il sospetto che si trattasse di una leucemia acuta. Nè maggior valore poteva avere la gangrena delle fauci; del massimo valore rimase quindi l'esame microscopico che dava i seguenti risultati:

Le glandole sotto-ascellari, le sole che si presentano alquanto ingrandite, sono puramente linfatiche; anche la milza è linfatica: i linfociti ricoprono completamente le cellule della polpa e le trabecole. Nei reni si trovano alcuni piccoli focolai sclerotici antichi con degenerazione fibrosa dei glomeruli; massime in vicinanza dei glomeruli, infiltrati globocellulari di piccolezza microscopia composti esclusivamente di linfociti; vi si trovano anche figure di segmentazione nucleare del tipo dei linfociti; visibili nei vasi e specialmente nei globuli rossi numerosi linfociti. Nel fegato non si trovano infiltrati circoscritti, ma tutto l'organo è uniformemente invaso da linfociti, nella capsula di Glisson come fra le cellule epatiche, per cui v'è aumento di volume ed intorbidamento dell'organo stesso. Nei vasi e dappertutto anche qui numerosi linfociti. Le cariocinesi erano anche visibili nei preparati del sangue fatti durante la vita.

I focolai polmonari sono costituiti da infiltrazioni emorragiche senza linfociti.

Questi risultati microscopici rendon sicura la diagnosi di leucemia.

L'A. accenna infine ad un fenomeno che indubbiamente non può dipendere dalla leucemia: nella milza si trovano numerosi bacilli grandi e piccoli, in lunghi filamenti, in parte nei tessuti in parte nei vasi; essi si ritrovano pure isolati nei vasi renali, numerosissimi invece nei rami della porta. Tali bacilli potrebbero essere considerati come prodotto di putrefazione se la loro presenza nei rami della porta non accennasse ad un passaggio nel fegato durante la vita.

Si è spesso discussa la questione se la leucemia possa stare in rapporto con la malaria; all'A., non sembra molto probabile. Ultimamente però Rosenow ha pubblicato un caso di leucemia consecutiva a malaria. Nel caso riferito dall'A. l'anamnesi in rapporto alla malaria fu negativa, nè furono riscontrati parassiti malarici, malgrado le più scrupolose ricerche, nel sangue, nella milza, nel fegato e nei vasi cerebrali.

DE CHIARA.

CHIRURGIA.

La colecistectomia con la anestesia regionale. Patogenesi della colecistite calcolosa.

(G. LABAT. *Gazette des Hopitaux*, n. 45, 26 luglio 1919).

Patogenesi della litiasi biliare. **– Questa inizia nella** vescicola. Essa è il risultato della precipitazione dei sali biliari a strati concentrici intorno a cellule provenienti dall'epitelio vescicolare desquamato a causa di un'infezione venuta dalle vie biliari superiori. Questa infezione è d'origine sanguigna con punto di partenza dall'intestino. Lo stato del tubo digestivo ha un'influenza considerevole sulla composizione chimica o batterica della bile ed è soprotutto nelle affezioni croniche, nell'intossicazione digestiva, nella *stasi intestinale cronica* (Lane e Pauchet), che le modificazioni delle funzioni epatiche sono più mani-

feste. La stasi intestinale favorisce il passaggio degli ospiti dell'intestino, sopratutto del colibacillo, attraverso la vena porta fino al fegato e nelle vie biliari.

Due sono le cause principali della ritenzione biliare: la litiasi o un cancro (calcolo incastrato nel coledoco, cancro dell'ampolla di Vater o della testa del pancreas). Di più, in caso di ptosi intestinale, l'angolo duodeno-digiunale, reso più acuto dal peso del tenue, distende il duodeno, vi provoca la stasi, rende la mucosa meno resistente all'azione della bile infettata. Si produce congestione duodenale, obliterazione momentanea dell'ampolla di Vater con ritenzione intermittente, ittero passeggiero (ittero catarrale).

Di fronte alla calcolosi epatica bisogna intervenire sempre chirurgicamente, perchè, se è vero che si hanno guarigioni spontanee, le complicazioni sono frequenti. L'ablazione di una vescicola calcolosa, senza complicazioni, è un'operazione inoffensiva, che si può eseguire con la anestesia regionale.

Anestesia chirurgica per le operazioni biliari. — Si fa in due tempi: una paravertebrale e una locale.

Per intervenire sui visceri bisogna interrompere la comunicazione fra il sistema simpatico e i centri di recettività sensitiva, comunicazione assicurata dai rami comunicanti. L'iniezione bagnerà i nervi in corrispondenza della loro emergenza dai forami di coniugazione, là dove essi si dividono in branca anteriore e in branca posteriore. Di più, l'incisione potrà essere necessaria in una zona fuori del campo di distribuzione dei nervi anestetizzati, ed è per questo che la anestesia locale è anche necessaria.

I punti di repere saranno per ciascun nervo l'apofisi spinosa della vertebra corrispondente e la costa di lato, di cui l'angolo posteriore è sempre palpabile.

I nervi intercostali che vanno bagnati sono il 7°, l'8°, il 9° e il 10°, dal lato destro solamente. Ciascun nervo si trova nello spazio corrispondente alla vertebra di cui s'è trovata l'apofisi spinosa. Si comincia col ricercare la 12ª costa che fa un angolo con il rachide. La perpendicolare lunga 5 cm., abbassata dalla 12ª costa sulla linea mediana, segna l'apofisi spinosa della 12ª vertebra dorsale. Risalendo di apofisi in apofisi, si arriva a quelle che si cercano e gli spazi laterali contengono i nervi che bisogna anestetizzare. Ciascuna vertebra dorsale misurando circa 6 cm. nel senso antero-posteriore, di cui 2 cm. per il corpo vertebrale, se a 4 cm. dalla linea mediana s'infigge l'ago dirigendolo obliquamente in dentro verso il rachide, in maniera da formare con questo un angolo di 45°, si urterà contro il corpo vertebrale quasi a livello del forame di coniugazione, dopo aver attraversato la zona degli elementi da anestetizzare. Un leggiero movimento di va e vieni impresso all'ago assicura il bagno anestetico.

È necessario di usare la soluzione forte di novocaino-surrenina (1/50). Non s'impiegheranno più di 5 cmc. per ciascun nervo.

L'anestesia locale (fatta con soluzione di N.S. all'1/200) è un'infiltrazione del tessuto cellulare sottocutaneo e dei piani profondi intorno alla zona d'incisione, per assicurare una più grande estensione di tessuti insensibili. Questa zona è compresa fra il bordo costale destro in alto, la linea bi-iliaca in basso, la linea mediana e la linea ascellare destra lateralmente.

Tecnica operatoria della colecistectomia. — 1° Incisione trasversale, a due dita trasverse al disopra dell'ombelico, dalla linea mediana al bordo costale destro. Tagliare la pelle e il muscolo retto.

2° Sezione della sierosa; ricerca del duodeno, dello stomaco, della vescicola e del coledoco riconoscibile dal suo colore bleu.

3° Con la sonda scanalata denudare il coledoco fino all'imbocco del cistico, isolare questo canale, sezionarlo fra una pinza e il coledoco, poi tirare verso di sè. La corda che si tende là dove si trovava il canale cistico è l'arteria cistica che si pinzetta e lega.

4° Il distacco della vescicola con decollazione primitiva (Mayo, Gosset) dà al chirurgo la soddisfazione di terminare con la certezza che non ha legato il coledoco. Questo distacco si compie partendo dal coledoco verso la parte gonfia della vescicola e aiutandosi con una compressa.

L'operazione si termina con il drenaggio del canale epatico e del coledoco, con il tubo a T, e la ricostituzione della parete. La bile scola per il tubo a T.

I postumi operatorî sono semplici, la convalescenza breve.

B. MASCI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Osservazioni sull'impiego del chinino a scopo profilattico nella malaria

per il dott. FERDINANDO PAOLETTI

È scopo di questa breve nota richiamare l'attenzione dei medici su alcune esatte osservazioni da me fatte in Albania, nelle stagioni epidemiche 1917-1918, a proposito della profilassi chininica contro l'infezione malarica.

Sbarcato in Albania nel gennaio 1917 e destinato al servizio di un ospedale da campo del porto di Valona io ebbi, e già molto tempo prima dell'inizio della stagione epidemica, istruzioni precise e tassative, dalle superiori autorità mediche, a riguardo della profilassi chininica a cui sottoporre i soldati dipendenti e che provenivano dall'Italia. Comandato successivamente a prestare l'opera mia presso un battaglione di territoriali, accampati a poca distanza dall'ospedale, cominciai già nel marzo 1917, prima dello inizio dei casi di infezione malarica, a somministrare 40 cg. di chinino al giorno e per ciascun militare, quantità che facevo ingerire in due dosi e ciascuna delle quali prima del rancio, sotto forma di tavoletta compressa di sale di chinino di Stato, procurando di sorvegliare nel modo migliore la somministrazione del farmaco.

Rimasi però assai deluso nelle mie speranze riposte sulla vantata efficacia della profilassi chininica, allorquando nel maggio dello stesso anno incominciarono a pullulare i primi casi dell'infezione malarica nei militari profilassati, casi che sempre più si resero frequenti con l'andare del tempo. Verso gli ultimi giorni del giugno cambiai di residenza essendo stato inviato nell'Ospedaletto da campo N. 33, situato più nell'interno della regione e sempre in località notevolmente malarica. Ebbi luogo colà di constatare che la profilassi chininica era oggetto di speciali cure per il vivo interessamento del direttore dell'Ospedale, capitano medico Leone, uomo pieno di energia e di buon volere, ottimo organizzatore di servizi ospitalieri. Io mi sento a lui legato da stima e da affetto e per la bontà di cui mi circondò e per avermi incoraggiato nello studio e nella ricerca durante tutto il tempo in cui fui alle sue dipendenze.

Nell'Ospedaletto N. 33 la distribuzione del chinino a scopo profilattico, veniva fatta ai singoli militari sotto la sorveglianza di un ufficiale medico, il quale, alle ore del rancio, riuniva tutti i militari dipendenti ed a ciascuno di essi faceva ingerire una compressa di chinino dello Stato, prima di ogni pasto. La profilassi chininica a scopo preventivo veniva eseguita nei militari, che, certamente, non avevano presentato fino allora accessi febbrili di natura malarica, mentre nei recidivi si praticava la bonifica chininica seguendo le norme dettate dalla direzione sanitaria. Le precedenti osservazioni fatte, mi invogliarono a seguire con la maggiore cura i resultati della profilassi chininica e personalmente assistei alle singole distribuzioni, avendo cura di adoperare, a scanso di falsi apprezzamenti, tavolette di chinino costituite da sali molto bene assorbibili, come l'idroclorato, poichè avevo constatato qualche volta *de visu*, che le tavolette di bisolfato di chinino, meno assorbibili, venivano emesse con le feci, come erano state somministrate. Non possono nutrirsi dubbi sulla reale ingestione delle compresse giornaliere da parte dei soldati, poichè, per tutta sicurezza, avevo disposto le cose come segue: i soldati all'ora del rancio venivano tutti raccolti e disposti in due file: un sergente procedeva all'appello di due militari per volta e dava a ciascuno una compressa di chinino che essi ponevano in bocca ed ingerivano insieme ad una certa quantità di acqua; dopo di che si recavano a prendere il rancio alla cucina situata a pochi passi.

Le lunghe osservazioni eseguite durante tutta la stagione epidemica del 1917, mi lasciarono completamente deluso circa i risultati della profilassi chininica, eseguita, come ho descritto, col massimo scrupolo e nelle migliori condizioni.

I molti profilassati, salvo rarissime eccezioni, contrassero l'infezione malarica, e ciò che è degno di rilievo, la contrassero quasi senza eccezione quei militari che venuti dall'Italia entro quell'anno, in periodo preepidemico, certamente non avevano in precedenza presa l'infezione malarica, per aver sempre vissuto in località saluberrime.

Invece nessun caso di malaria primitiva ebbi a rilevare fra i sette ufficiali addetti all'Ospedaletto, i quali, pur facendo la profilassi chininica, abitavano in baracca accuratamente difesa dallo ingresso degli anofeli, mediante fitte reti di metallo fissate alle finestre, doppie porte a telaio con reti, e zanzariere a difesa delle brande. Il solo capitano medico direttore fu colpito da accessi malarici: egli del resto aveva dichiarato di essere stato punto una sera fuori di baracca, da anofeli. Nelle stanzette abitate dagli ufficiali non mi capitò mai di rinvenire anofeli, nè seppi che vi fossero stati trovati, sebbene ognuno di noi per consiglio molto opportuno del direttore, procurasse, prima del riposo notturno, di esami-

nare le pareti della propria stanzetta e l'interno della zanzariera, per poter uccidere quell'anofele, che eventualmente vi fosse penetrato. Ulteriori osservazioni mi fu possibile fare all'inizio della stagione epidemica 1918, in altra zona malarica, avendo avuto l'ordine di raggiungere, nel marzo 1918, il sesto parco carreggiato.

Anche in quel reparto per attivo interessamento del comandante trovai che le baracche di alloggio degli ufficiali erano state razionalmente costruite e protette contro gli anofeli, mentre lo stesso non si era potuto fare per i locali adibiti ad alloggio per i soldati, per le notevoli difficoltà a stabilire difese contro la puntura delle zanzare, difese che offrissero una seria garanzia contro l'ingresso delle zanzare medesime. Ragioni di servizio costringevano inoltre moltissimi soldati a dormire sotto comuni tende da campo e quindi a restare esposti, durante la notte, alle punture dei numerosi anofeli.

Nella mia nuova residenza volli procedere con lo stesso ordine e metodo usato all'ospedaletto n. 33, nella somministrazione del chinino a scopo profilattico, per osservarne con cura gli effetti, ed a tale scopo mi valsi di circa 100 soldati arrivati dall'Italia poco tempo dopo il mio arrivo al parco carreggiato, ed assegnati a quel reparto come complementi.

Procedei prima di tutto ad una attenta visita medica su ciascun militare, non trascurando di raccogliere con cura l'anamnesi remota e prossima di ciascuno, per portare prevalentemente il mio esame su quei soggetti, che erano sicuramente indenni da malaria. Praticai quindi la profilassi chininica, ma già alla metà di maggio cominciai a constatare casi di malaria primitiva, che sempre più andavano crescendo di numero fino a colpire quasi tutti i militari profilassati. Degli otto ufficiali in servizio a quel reparto, fino quasi alla metà di luglio, epoca in cui lasciai il parco, uno solo fu colpito dall'infezione; un altro presentò accessi febbrili di natura malarica, ma fu constatato che aveva contratto altrove l'infezione nel decorso anno.

Come ho detto, verso la metà di luglio 1918 lasciai il parco carreggiato per raggiungere un battaglione che doveva impegnarsi in un combattimento con gli austriaci. Fino alora e cioè in tutto il lungo periodo compreso dal gennaio 1917 al luglio 1918 io non avevo mai avuto a soffrire di accessi febbrili di nessuna sorta. Su me stesso avevo sempre praticato la profilassi chininica nella quantità giornaliera di 40 cgr. — 2 compresse di idroclorato — fino circa al luglio 1917, epoca in cui portai la dose giornaliera a 4-5 compresse e cioè a circa 1 gr, dose che sopportavo assai bene se si eccettuano qualche lieve disturbo a carico dell'apparecchio digerente e dell'udito, e sono sicuro di non aver mai trascurato l'ingestione giornaliera della suddetta dose di chinina. Con tutto ciò verso la metà di agosto di quell'anno, fui colpito da un grave accesso febbrile, che durò oltre ventiquatt'ore, e che si ripetè ancora per due volte ad intervalli irregolari. Per le mie condizioni di salute fui inviato in ospedale e l'esame del sangue dimostrò la presenza del *plasmodium praecox*, come resulta dalla cartella clinica che mi fu rilasciata.

Da questa semplice descrizione di osservazioni eseguite su molti individui e su me stesso mentre resulta chiaro che in zone malariche possiamo conservarci indenni dall'infezione quando, per speciali condizioni di vita, è possibile una buona difesa dalla puntura degli anofeli, resulta d'altro canto assai problematico che la sola profilassi chininica, anche se scrupolosamente fatta e con dosi superiori alle consigliate — come è avvenuto nel mio caso — valga a difenderci dall'infezione quando la difesa diretta contro la zanzara venga a mancare, come succede a chi dorme all'aperto, o a chi per ragioni di lavoro deve trattenersi fuori la sera o lasciare l'abitazione nelle prime ore del mattino.

Ed infatti io rimasi indenne nel periodo di tempo trascorso in località dove mi era facile stabilire una difesa meccanica contro le zanzare; mi infettai invece allorquando trovandomi con le truppe combattenti rimasi completamente esposto alle punture di numerosi anofeli, non essendomi stato possibile, per il grande calore, adattarmi all'uso fastidiosissimo delle maschere di garza protettrici del volto, e dei guanti appositi per le mani che ufficiali e soldati avevano avuto in distribuzione.

Sebbene le mie osservazioni sieno state lunghe e molteplici io non voglio per questo trarre conclusioni recisamente contrarie all'efficacia del chinino nella profilassi contro la malaria, ma sembrami che di tali fatti non si possa disconoscere l'importanza, di fronte alla tanto vantata efficacia della profilassi stessa. È noto che già nel passato da malariologi eminenti come Ziemann ed in quest'ultimi tempi dai relatori sulle statistiche di guerra seri dubbi sono stati sollevati sulla portata reale della profilassi chininica.

Se tuttavia questo sistema di profilassi antimalarica può con qualche vantaggio essere usato in località malariche dove l'anofelismo è minimo, e dove le gravi forme estivo-autunnali sono assai scarse, mi sembra dai fatti esposti che non abbia vantaggio alcuno in località come l'Albania dove quasi esclusivamente dilagano le forme

di estivo-autunnale e dove regna un anofelismo intenso. In simili località la profilassi meccanica, fra i mezzi varii di difesa, si dimostra la sola capace di reali e grandissimi vantaggi.

Pisa, novembre 1919.

CONGRESSI.

Echi del X Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

ISTITUTO RIZZOLI — Bologna.

19-20 ottobre 1919.

Di questo X Congresso della Società Italiana di Ortopedia non intendiamo qui fare il resoconto. Poichè, data l'indole della Sezione pratica del Policlinico, e, dall'altra parte, la molteplicità degli argomenti trattati nel Congresso, non ci sarebbe consentito uno spazio sufficiente per un resoconto, anche molto breve.

Ci limiteremo a dei ricordi di carattere piuttosto generale, in rapporto principalmente con i *Temi di Relazione*.

Il primo tema, di grande attualità, « *La protesi* », fu svolto dal prof. *R. Dalla Vedova*. Il relatore, dopo avere accennato alla suddivisione antica delle invalidità (permanenti) dell'apparato motore, in *mutilazioni* e *storpiaggioni*, ricordò che le protesi provvisorie debbono essere impiegate non appena lo stato anatomico del moncone e dell'arto storpio lo consentano, e quando ancora sono in atto le loro trasformazioni di assestamento. Gli apparecchi tutori, o protesi funzionali, debbono essere *individualizzati;* per la decisa influenza amiotrofica, che essi esercitano sull'arto storpio, bisogna d'altra parte limitarne l'applicazione a quei casi, in cui altri presidi ortopedici si mostrano inadeguati.

Ogni protesi pr. d. (protesi anatomica) può essere schematicamente ricondotta a tre segmenti essenziali: *a*) una *guaina; b*) un apparecchio di *sostegno* o di sospensione; *c*) uno o più *segmenti di prolungamento*.

Il requisito fondamentale al buon rendimento della protesi è la *individualizzazione morfologica della guaina sul moncone*. Il relatore passa quindi a ricordare i punti d'appoggio che l'invasatura della guaina deve trovare sul moncone; ed i rapporti, dei quali spesso non si tien conto, fra la direzione dell'asse della invasatura e l'asse di figura della guaina. Questi rapporti acquistano tutta la loro importanza, quando, come spesso si verifica nei monconi corti, gli assi di figura dei due arti non sono più simmetrici.

Dopo avere accennato ai vari tipi di apparecchi di sospensione e aver ricordato che la ipertrofia muscolare, provocata da opportuno allenamento su braccialetto metallico, è stata utilizzata a creare sul moncone un solco, compreso fra i due tratti muscolari ingrossati, al quale può essere sospesa una guaina; ed alle proprietà che debbono avere i segmenti, che prolungano distalmente la guaina del moncone, il relatore afferma che il principio della *individualizzazione morfologica* della protesi al *moncone* deve essere integrato dall'altro principio della *individualizzazione funzionale* della protesi al *mutilato*.

La seconda relazione riguardava pure un argomento di grande interesse: « *Il trattamento delle pseudartrosi* »; e fu svolta dal prof. *P. Palagi*. In essa il relatore, dopo avere accennato ai criteri diagnostici fra ritardo di consolidazione e pseudartrosi, si occupa del *trattamento preventivo* della pseudartrosi, insistendo sulla necessità di proscrivere la scheggectomia radicale sistematica in primo tempo; e sulla opportunità di praticare, in alcuni casi, anche malgrado la sepsi, l'osteosintesi precoce.

Dopo avere accennato alle cure generali nella terapia della pseudartrosi, il relatore passa a trattare dei mezzi chirurgico-ortopedici, che distingue in quattro categorie (mezzi fisico-meccanici; sostanze usate per iniezione locale; interventi chirurgici; apparechi protesici). Interventi razionali sono soltanto quelli che si prefiggono direttamente di sopprimere le cause della pseudartrosi: l'*osteosintesi* e l'*osteoplastica*.

L'*osteosintesi* richiede l'osservanza di alcune norme tecniche fondamentali. Per ottenere, sin da principio, una perfetta fissazione dei frammenti, che renda possibile la migliore utilizzazione degli stimoli funzionali, il relatore è favorevole all'impiego di materiali estranei di sintesi non riassorbibili. I mezzi di sintesi in avorio od in osso morto sono criticabili dal punto di vista della resistenza meccanica.

Per ciò che riguarda i *trapianti di osso*, gli *eteroplastici* si comportano in modo analogo ai corpi estranei (l'avorio può trovare applicazione sotto forma di protesi provvisoria in occasione di resezione per tumori); gli *omoplastici di osso morto* sono un cattivo materiale di trapianto; gli *omoplastici di osso vivente* rappresentano invece un buon materiale; gli *autoplastici* (di solito liberi) sono quelli più largamente applicati.

Accennato alle discussioni sul comportamento di questi trapianti, il relatore sostiene che il progresso della terapia chirurgica in questo campo deve basarsi sul perfezionamento dei principî e dei mezzi di tecnica atti ad aumentare, in linea generale, la vitalità del trapianto, agendo da un lato sull'elemento stesso « trapianto », dal-

l'altro sull'ambiente destinato ad accoglierlo, perfezionando in terzo luogo i rapporti fra ospite e trapianto in modo da assicurare la « *vitalità* » di quest'ultimo.

L'*osteoplastica* è un intervento che richiede una notevole accuratezza di tecnica.

La relazione termina esaminando le indicazioni relative fra osteosintesi ed osteoplastica.

***

Nessun socio prende la parola sulla relazione: « La protesi ».

Sulla relazione: « Il trattamento della pseudartrosi » prendono la parola *Alessandri,* il quale insiste sulla necessità della scheggectomia primitiva nelle ferite di guerra, con lo scopo di prevenire o di dominare i processi infettivi; e *Nicoletti,* il quale fa notare come la diagnosi fra pseudartrosi e ritardo di consolidazione sia non raramente difficile; per ciò che riguarda l'osteosintesi, egli usa materiale riassorbibile, e bada di ottenere una esatta coattazione.

Nella discussione, a proposito della scheggectomia, interviene anche *Cappelli* di Fano.

Il relatore dà chiarimenti sulle osservazioni fatte da Alessandri e Nicoletti.

***

Nella seduta pomeridiana il dott. *Fred Albee* di New-York esprime i principî che egli segue per l'osteoplastica nella pseudartrosi. L'operazione è eseguita non prima di due mesi dalla guarigione completa della ferita cutanea, e dopo che sono state prese quelle misure che permettono di escludere approssimativamente la esistenza di flogosi latenti nel focolaio pseudartrotico. L'intervento è condotto a termine in uno o due tempi. Il trapianto è libero, autogeno, integrale (periostio, corticale, midollo); è prelevato dalla tibia e collocato « ad intarsio » (*inlay graft*) nel focolaio pseudartrotico. Albee si serve della sua sega circolare; fissa il trapianto con tendine di canguro. La parte più interessante della comunicazione è data dalla proiezione di una film cinematografica, che illustra in modo evidente i varî tempi dell'operazione.

Albee, nella seduta antimeridiana del giorno 20, esegue una operazione di trapianto osseo in un caso di pseudoartrosi della tibia.

Segue la comunicazione di *Alessandri*: « Contributo alla cura chirurgica delle pseudartrosi ». Dopo aver ricordato che nei ritardi di consolidazione egli ha avuto buoni risultati con l'iniezione locale di sangue, e talora con gli apparecchi di marcia, egli dice che, in linea generale, nella cura della pseudartrosi pr. d. preferisce la osteoplastica alla osteosintesi; in più casi si è servito, con successo, della infibulazione. La comunicazione è illustrata da numerose radiografie.

Sui trapianti ossei fanno comunicazioni *Anzilotti, Verga, Solieri, Frinci, Comisso, Cappelli, Chiasserini.*

Il dottor *Jausen Murk* di Leida parla sulla « Disostosi cleido-cranica » e quindi « Sulle cause e sulle leggi della debolezza dell'accrescimento ».

Scarlini di Milano fa una comunicazione: « Contributo clinico ed anatomo-patologico alla conoscenza di alcune rare deformità congenite ».

Bassetto di Milano parla « Sul torcicollo ».

Bargellini di Milano sugli « Esiti della cura della lussazione congenita dell'anca ».

Zuccaro di Bari sulla « Cura delle paralisi traumatiche del nervo radiale mediante il trapianto tendineo ». Presenta un caso da lui operato, con esito funzionale (a distanza di due anni) molto sodisfacente.

Lavermicocca di Bari sul « Ricupero funzionale della mano con mezzo meccanico semplice » e su di un « Apparecchio per la cura precoce post-operatoria nelle lesioni funzionali del piede ».

Delitala: « Sulla cura delle rigidità delle dita ». Egli ha osservato che la rigidità, più che da lesioni dei tendini estensori e flessori, era mantenuta dall'accorciamento dei ligamenti laterali.

Cesarano di Bologna illustra con belle radiografie « L'anatomia patologica della tubercolosi vertebrale ».

Calabrese di Bologna illustra un caso di « Frattura della cavità cotiloide sinistra e penetrazione del femore nel bacino ».

Francioni di Bologna parla lungamente sulla « Evoluzione morfologica dell'organismo umano nelle prime età della vita ».

Galeazzi di Milano: « Contributo operativo alla cura operativa del ginocchio valgo ». L'interessante comunicazione è basata sullo studio di centinaia di casi. È favorevole al raddrizzamento forzato a cielo aperto nei casi di ginocchio valgo accentuato.

Maragliano di Genova parla della « Cura ortopedica delle paralisi della spalla ».

Galeazzi fa una seconda comunicazione: « Sul trattamento delle deformità osteo-articolari ».

Magrassi di Brescia riferisce sulla « Clinica Elioterapica di Desenzano ».

Delitala: « Determinazione millimetrica degli angoli di correzione durante gli interventi operatori ».

***

La seduta antimeridiana del giorno 20 è dedicata a dimostrazioni operatorie: *F. Albee*, come sopra abbiamo detto, esegue un trapianto di osso per una pseudartrosi della tibia; *V. Putti* un'artroplastica del ginocchio; *F. Delitala* una cinematizzazione ad ansa flessoria, a doppio peduncolo, di un moncone di avambraccio.

Putti dimostra anche sette pazienti, da lui operati di artroplastica del ginocchio (alcuni da varî anni), e nei quali l'esito funzionale è dei migliori.

***

Concludendo, noi non possiamo che essere spiacenti di dover dare ai lettori del « Policlinico » un semplice elenco dei titoli delle comunicazioni, mentre ci sarebbe piaciuto di riferire, almeno sommariamente, i concetti principali esposti da ciascun oratore.

Dobbiamo in ogni modo plaudire al modo con cui *V. Putti* ha organizzato e condotto il Congresso, al quale ha dato un carattere di internazionalità la partecipazione di chirurghi Americani ed Inglesi.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome di Horner in seguito ad ascesso del collo.

Thornval (*Ugeskrift for Laeger*, 1919, 13 febbraio) riferisce la seguente osservazione. Una donna di 23 anni presentava alla regione cervicale sinistra un gonfiore con febbre e grave disfagia. Si formò un ascesso che si aprì spontaneamente con fuoriuscita di pus sanguinolento, la quale durò parecchi giorni. Con la scomparsa del pus si sviluppò nella stessa regione un nodulo, mentre i movimenti del collo divenivano estremamente dolorosi. Intanto l'occhio sinistro cominciava ad apparire più piccolo: il bulbo oculare si ritirava e la fessura palpebrale si restringeva. La pupilla sinistra era più piccola della destra, ma reagiva bene alla luce ed all'accomodazione. Le vertebre cervicali non erano dolenti, nè apparivano alterate all'esame radioscopico.

All'angolo mascellare sinistro si palpavano glandule ingorgate e dolenti. Le fauci erano normali. Qualche giorno dopo si manifestò difficoltà di inghiottire con fuoriuscita del cibo dal naso, e raucedine. Quivi mentre il dolore del collo diminuiva si manifestò paresi della metà sinistra del palato molle e paralisi completa della corda vocale dallo stesso lato. I movimenti del collo continuavano ad essere dolorosi, ed anche i muscoli del collo e del dorso cominciavano ad essere dolenti. Dietro e sopra la parte superiore dell'arcata palatina sinistra sulla parete laterale del rino-faringe si notava un piccolo gonfiore duro, indolente. Durante le seguenti settimane il dolore e la disfagia, la raucedine diminuirono fino a scomparire del tutto e persistettero solo i sintomi oculari ed il gonfiore all'angolo mascellare sinistro.

La sindrome costituita da restringimento della rima palpebrale, miosi, ed enoftalmo, sintomi di lesione simpatica, è legata al nome dell'oculista svizzero Horner che per primo la descrisse nel 1869. La paresi del palato molle e della corda vocale dimostrano che anche il vago era compromesso. Schur su 37 casi di sindrome di Horner trovò che in 5 casi dipendeva da operazione praticata al collo, di cui tre per tireodectomia; in 18 casi dipendeva da gozzo; in 5 da tumori del gozzo; in uno la causa fu traumatica; in altri 5 la causa fu oscura ma probabilmente di natura reumatica. In parecchi di questi casi insieme agli altri sintomi caratteristici si ebbero anche disturbi vaso-motori ed iperidrosi. La prognosi è

buona per quel che riguarda la paralisi del vaso. Ma la lesione del simpatico è di solito permanente; ed in tutti i 14 casi osservati da Schur in un periodo di parecchi anni i disturbi di origine simpatica persistettero immutati.

dr.

La tiroidite acuta.

La tiroidite acuta è un'affezione molto rara. La vicinanza della faringe, delle tonsille e del tessuto linfatico delle fauci farebbe sospettare la possibilità di una facile diffusione dei processi infettivi attraverso la circolazione linfatica. Ma in realtà tra la tiroide e la faringe non v'è alcuna comunicazione della circolazione linfatica. Perciò la infezione della tiroide per questa via può provenire solo dalla porzione superiore della trachea e dalla laringe.

La tiroidite acuta può colpire sia la glandola allo stato normale, sia precedentemente affetta da un neoplasma o da ipertrofia, nei quali ultimi stati il processo di degenerazione predispone alla infiammazione abbassando il potere di resistenza locale. In questi casi di solito la infezione si ha per la via del sangue.

I sintomi della tiroidite acuta variano a seconda che la infiammazione colpisce l'organo sano o già colpito da altra lesione. Nel primo caso si ha di solito brivido, malessere e cefalea come in tutte le altre infezioni. Si avverte nella regione tiroidea un dolore, più pronunziato da un lato, perchè ordinariamente il processo si inizia da un solo lobo per diffondersi poi a tutta la glandula. Il dolore si irradia all'orecchio ed alla metà corrispondente del collo e si aggrava con la estensione del capo. Ne risulta un atteggiamento caratteristico: la testa è inclinata e rigida. Al principio raramente si osserva un gonfiore locale, che per altro non è mai molto marcato. Si hanno anche dispnea e disfagia, la cui gravità è in rapporto con la gravità della infezione e con la diffusione del processo. Si può avere anche abbassamento di voce ed afonia, tosse con espettorato sanguinolento o addirittura emottisi.

La diagnosi, nota Beilby il quale ne ha riferito tre casi negli *Albany Medical Annals*, è molto difficile. La tiroide è circondata da una capsula di connettivo aderente derivante dallo strato pretracheale della fascia cervicale profonda. Questa capsula passando dai lati sulla superficie posteriore si divide in due porzioni: una rimane aderente all'organo e ne riveste la parte posteriore, l'altra, più spessa, passa sulla superficie posteriore della faringe e dell'esofago avvolgendo in una guaina comune la laringe, la trachea e la tiroide. Per tali fatti il gonfiore della tiroide determina subito disturbi molto pronunziati a carico della trachea e dell'esofago.

Un sintoma molto caratteristico della tiroidite acuta è la durezza della glandola alla palpazione, la quale può trovarsi anche nel cancro della tiroide, ma l'anamnesi e la presenza o assenza di febbre fanno facilmente distinguere le due affezioni.

Quando la infezione colpisce una tiroide già lesa i sintomi del processo infiammatorio locale sono oscurati da fenomeni generali. In questi casi la gravità dei sintomi di compressione dipende dalla sede del tumore o della cisti colpita dalla infezione. Se una lesione preesistente determinava una pressione sulla trachea, il disturbo sarà aggravato dalla infiammazione.

Il trattamento della tiroidite acuta e dei processi suppurativi delle precedenti alterazioni della tiroide è analogo a quello delle stesse lesioni localizzate altrove. In ogni caso durante la infezione si devono evitare grandi operazioni, asportazione di tumori o di parti della glandola. Miglior sistema è quello di aprire la parte suppurante: si incide la pelle ed il tessuto sottocutaneo, si divaricano o si incidono i muscoli sottostanti e così si mette allo scoperto la glandola o il tumore. Quindi dopo avere assicurata la emostasi si incide la capsula e la sostanza glandolare divaricando secondo le necessità constatate la parte incisa. Occorre notare che l'anestesia generale è difficile e pericolosa, è quindi sempre preferibile l'anestesia locale.

dr.

Gozzo endotoracico, con sintomi di tirotossicosi.

Nel 6% circa di tutti i gozzi, si osserva che lo struma è situato interamente nel torace: ciò si verifica per diverse cause, di cui la principale consiste nella forza di gravità, coadiuvata poi dalla respirazione, dalla tosse, da lavori faticosi e da parti laboriosi.

I. H. Leiner (*New York med. Journ.*, 2 agosto 1919) ne ha osservato un caso, che è interessante, dimostrando che si possono avere sintomi di ipertiroidismo, senza che il gozzo sia comunque visibile e palpabile.

Trattavasi di una donna di circa 34 anni, che mostrava in primo tempo un esoftalmo marcato, sintoma di von Graefe, lieve tachicardia, con rumore sistolico dolce all'apice; al collo si notava la tiroide ingrossata; nessun sintomo subbiettivo particolare.

Circa tre anni più tardi, l'ammalata si lamentava di notevole astenia, di sensazione di soffocamento, difficoltà di respiro, palpitazioni.

Esoftalmo meno marcato, segno di Graefe bilaterale, tremore fino, polso a 108, pressione sistolica 138; murmure sistolico all'apice ed alla base. All'esame del collo non si palpava affatto la tiroide, sostituita da una massa scorrevole di tessuto adiposo; la percussione sullo sterno rivelava una piccola area di ottusità; con la palpazione retrosternale, per mezzo del dito tenuto ad uncino, si avvertiva una resistenza, quando la paziente inghiottiva. L'esame fluoroscopico indicava, nella parte superiore del mediastino, la presenza di un'ombra a forma triangolare, con la base in basso, senza spostamenti della trachea e dell'esofago.

Con il trattamento di Forchheimer (bromidrato di chinino ed ergotina) si notò un certo miglioramento, ma si ebbe una ricaduta, non appena esso fu sospeso. Qualche miglioramento nel tremore e nella sensazione di vampate si notò con l'uso dell'estratto ovarico. I migliori risultati si ebbero con l'estratto di timo, somministrato dopo una ricaduta; il miglioramento fu tale che non si ebbero fenomeni tireotossici neanche in occasione di un attacco d'influenza. Il successo dell'opoterapia timica non contraddice all'origine tiroidea dei sintomi accennati, essendosi notato anche in casi indubitati di morbo di Flajani-Basedow.

fil.

Trattamento medico del gozzo.

Svariate sono le medicazioni consigliate per uso profilattico. Roux ha proposto di lasciare svaporare dello jodio, contenuto in un flacone aperto, nelle scuole delle località ove la malattia è endemica: le emanazioni di tale sostanza eserciterebbero un'azione regressiva sul gozzo. Mac Carrisson, Galli Valerio ed altri hanno preconizzato la disinfezione intestinale.

E. Bircher (rif. in *Journ. d. Praticiens*, 18 ott. 1919) fa le sue riserve a proposito della medicazione a base di jodio, usata senza discernimento, poichè essa, pure conducendo talvolta a successi indiscutibili, non è sprovvista di pericoli, anche mortali.

L'A. usa delle compresse contenenti lipojodina, chinina, calcio e silice, in sospensione fina: non dà altri particolari su questi medicamenti, nè indica le dosi. Si può ritenere che la silice sia allo stato colloidale e che il calcio sia carbonato di calcio. Quanto alle dosi, secondo l'autore della recensione, si potrebbero prendere 5 cg. di lipojodina e 2 cg. delle altre sostanze.

Per evitare disturbi gastrici, facili a verificarsi, è bene somministrare le compresse in un veicolo di carbone finamente polverizzato.

Si somministrano 4 compresse al giorno per 4-5 settimane. Verso la fine della seconda settimana, si nota una leggera accelerazione cardiaca, che scompare, senza altri fenomeni; nei 2/3 dei casi si osserva diminuzione di 2-4 cm. della circonferenza cervicale.

Per completare la cura, si riprende il trattamento dopo 2-3 settimane di riposo. Anche se il miglioramento è minimo o nullo, è consigliabile continuarlo associandovi le frizioni con pomata allo joduro di potassio e chinino (2-6 g. di solfato su 20 g. di pomata), la pomata a base di lipojodina (16-20 %), ed il chinino per bocca. Quest'ultimo medicamento attiverebbe l'assorbimento dello jodio, evitando i fenomeni di jodismo.

I risultati ottenuti dall'A. sono stati: molto bene apprezzabili nel 70 %, insufficienti nel 20 %, nulli nel 10 %.

fil.

Trattamento dell'ozena.

È noto come questa affezione sfidi generalmente tutte le risorse della terapia.

E. H. C. Benians e C. H. Hayton (*Journal of Laryng., Rhin. a. Otol.*, sett. 1919) vantano un metodo nuovo, che essi chiamano « glicofilico », basato sul potere selettivo del glucosio, in presenza di una flora batterica mista.

Adoperano il glucosio sciropposo, sciolto in glicerina nella proporzione del 25 %. Il segreto del successo consiste nel portare diligentemente la soluzione su tutta la mucosa nasale e nel ripetere il trattamento almeno quattro o cinque volte al giorno, finchè non si avverta un miglioramento, dopo di che le applicazioni possono essere distanziate. Per le applicazioni conviene far uso di uno stuello di cotone.

In qualche caso è utile una polverizzazione o un'irrigazione della cavità nasale: gli AA., usano allora una concentrazione più debole di glucosio, al 10 %.

Da un punto di vista teorico, la glicerina sembra meno adatta del glucosio ad esercitare un potere selettivo sui batteri, perchè meno facilmente aggredita e scissa; ma in pratica gli AA., hanno riconosciuto che presenta anch'essa dei vantaggi: da ultimo si sono decisi ad associare le due sostanze, come abbiamo visto.

Eseguendo di tempo in tempo delle colture batteriche, gli AA., hanno accertato come la flora batterica si modifichi, contemporaneamente al miglioramento della rinite atrofica ed alla scomparsa del fetore, contro il quale questo metodo è più specialmente diretto.

L. V.

Le otalgie.

B. Blackwell (*New York Medical Journal*, 1919, 21 giugno) in base a criterî anatomo-patologici, etiologici e terapeutici distingue le otalgie in quattro gruppi: 1° Dolori prodotti da infiammazione nell'interno della membrana timpanica: la infezione proviene dal cavo rino-faringeo e raggiunge l'orecchio medio attraverso la tromba di Eustachio. L'accesso doloroso è ordinariamente preceduto da infiammazione delle vie aeree superiori. L'esame otoscopico rileva infiammazione della membrana timpanica. Questa può essere coperta di epitelio necrotizzato biancastro, al di sotto del quale previa rimozione si osserva arrossamento della membrana, che diventa sensibilissima al menomo contatto. Il dolore di un ascesso dell'orecchio medio è fisso, penetrante, più o meno continuo, e localizzato direttamente all'orecchio: di regola scompare solo con la incisione o con la rottura spontanea della membrana timpanica. 2° Dolori prodotti da infiammazione delle parti molli del canale uditivo esterno (otite esterna e foruncolosi del condotto uditivo). Questa affezione può essere prodotta da graffiamento (nei tentativi di asportare il cerume) o da frequente sommersione in acqua marina con la conseguente eccessiva secchezza dell'epitelio del condotto uditivo. L'esame diretto dimostra gonfiore ed aumento di sensibilità del condotto uditivo esterno. La membrana, che può essere osservata, e non sempre, mediante l'uso di un piccolo speculum, può presentare una congestione simpatica, ma di solito è normale. Il dolore si acutizza durante la masticazione. Spesso si nota anche ingorgo dolente dei gangli vicini all'orecchio. Il dolore è pulsante più che nelle otalgie da otite media, e si accentua quando il paziente sta coricato o piegato in avanti. 3° Dolori senza infiammazione: si tratta di nevralgie o dolori riflessi riferiti dai denti, dalle fauci, dal naso. I pazienti sono spesso nevrastenici. Di regola il dolore è localizzato direttamente all'orecchio ed è meno intenso dei dolori prodotti da altre cause. 4ª Dolori dipendenti da cause esclusivamente meccaniche: si ha nei ragazzi con tonsille grosse e vegetazioni adenoidi. Il dolore è quasi sempre notturno e si ripete per parecchie notti di seguito. La etiologia è la seguente: quando l'individuo dorme in posizione distesa aumenta la congestione nella faringe nasale, donde una temporanea chiusura della tromba di Eustachio per modo che l'orecchio medio diventa una cavità chiusa: li sangue circolante nelle pareti di questa cavità assorbe l'ossigeno inducendo una pressione negativa. La membrana timpanica si ritrae subito provocando un vivo dolore, che fa emettere al ragazzo un grido. Nell'atto del grido le trombe di Eustachio si riaprono, la pressione si ristabilisce ed il dolore cessa. Lo esame dimostra che la membrana timpanica è normale, salvo la retrazione ed eventualmente una leggera congestione al momento dell'attacco.

G. D.

Stimolazioni dell'orecchio interno e mal di mare.

Una delle teorie più accreditate sul mal di mare è quella che esso sia in connessione con i movimenti dell'endolinfa nei canali semicircolari nell'orecchio interno. Gli stessi fenomeni di fatto possono prodursi con movimenti del capo e con irrigazion calde o fredde dell'orecchio. L'assuefazione al mal di mare può poi essere fatta sulla seggiola rotante, con il vantaggio che in tali condizioni, si può graduare il trattamento interrompendolo al primo segno di malessere. Si può così abituare un individuo fino a renderlo praticamente insensibile al mare (L. Fisher. *Medical Review*. vol. XXI, n. 9). Prima di affrontare un viaggio in mare, l'individuo può sottoporsi alle prove delle irrigazioni e della seggiola rotante e sapere così quale effetto risentirà dal mare, in rapporto con le funzioni e la stabilità del suo apparato vestibolare.

Il trattamento del mal di mare è puramente sintomatico: l'esito può talvolta essere fatale, p. e., per emorragia, specialmente se lo stomaco si trova in condizioni patologiche. Può essere utile la lavatura gastrica, ma non è consigliabile l'uso della sonda per la possibilità di abrasioni; meglio è ricorrere ad abbondanti sorsate di soluzioni di bicarbonato di sodio o di sale, in tal modo viene disciolto il muco vischioso e si mitigano i conati.

Se questi sono violenti e non mostrano tendenza a diminuire, giova assai l'iniezione di morfina. Quando è possibile si consigli la posizione supina all'aria aperta.

Nel collasso, che segue abitualmente l'attacco, saranno utili le iniezioni di stricnina, ed anche di atropina (cinque decimilligr.), che deprime i nervi di senso nel tratto intestinale e, stimolando i centri midollari, è di grande aiuto per regolare i disturbi circolatorî che sopravvengono.

r. s.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

Disinfezioni.

Dato il carattere di questa rubrica, colla quale intendesi agevolare l'adempimento pratico del loro mandato ai numerosi ufficiali sanitari dei piccoli comuni, i quali sono forniti di scarsi

mezzi e trovansi nell'impossibilità di tenersi al corrente dei progressi dell'igiene nel campo scientifico e pratico, dedicando tempo alla consultazione di trattati e giornali della specialità, iniziamo la serie delle trattazioni coll'argomento sulle disinfezioni, stimandolo preminente, perchè la pratica è comune a qualsiasi ufficiale sanitario e riveste poi sempre carattere di tale urgenza, che, mentre richiede per l'esecuzione cognizioni chiare e precise, non consente, d'altronde, di poterne fare un conveniente studio preparatorio.

Inoltre, riteniamo opportuno, anzichè fare una trattazione sistematica dell'argomento, la quale riuscirebbe troppo lunga e meno utile, cercare invece di esporre i criteri pratici di massima, a cui bisogna attenersi nel compiere il servizio, e mettere, inoltre, in rilievo, chiarendole, le particolarità, che hanno interesse maggiore o che, per quanto importanti, non sono convenientemente curate, con pericolo di rendere malsicuri i risultati da conseguirsi.

Cominceremo subito dal rilevare, come i due elementi, che sono essenziali nella pratica delle disinfezioni, ossia il materiale da impiegarsi ed il personale di servizio, abbiano importanza eguale; completandosi necessariamente a vicenda e l'uno soffrendo per la deficienza dell'altro.

All'epoca della preparazione profilattica per combattere l'ultima epidemia di colera molti comuni avevano, bensì, fatto larghi acquisti di disinfettanti e apparecchi, ma non avevano provveduto ad assicurarsi personale di servizio idoneo, facendo affidamento in generale sull'opera del messo o di altro salariato comunale, inetto alla bisogna e sempre in molte altre faccende occupato; talchè, in occasione dello sviluppo di qualche epidemia, quanto urgeva quindi di valersi del materiale profilattico, accadeva spesso di trovarlo ancora imballato, tal quale era stato spedito dalle case fornitrici mesi addietro, oppure, specialmente le pompe spruzzatrici, già diventato inservibile per la cattiva manutenzione e conservazione; mentre, d'altra parte, l'incaricato del servizio era digiuno delle indispensabili nozioni tecniche, donde sciupìo di materiale e malsicura disinfezione.

Poteva anche notarsi, come fossero stati adottati e acquistati oggetti e apparecchi superflui, quali lisciviatrici, maschere, guanti, ecc., mentre mancavano vestaglie, soprascarpe, copricapo e qualsiasi apparecchio di sterilizzazione a vapore; il quale poi, talvolta, erasi creduto sostituirlo con lampade formogene, che sono inadatte per le disinfezioni a domicilio, dove difficilmente sono realizzabili le condizioni volute.

Non era infrequente, inoltre, trovare pompe spruzzatrici, soltanto metalliche, le quali sono facilmente intaccate e rese inservibili dalle soluzioni di sublimato corrosivo: pompe, poi, che in alcuni luoghi costituivano tutto l'armamentario profilattico a disposizione del Comune, il quale non ne era nemmeno proprietario, preferendo prenderle a prestito di volta in volta, all'occorrenza, presso qualche agricoltore, di quelle in uso per solforare le viti.

Riguardo ai disinfettanti potevasi notare talvolta copia eccessiva di alcuni, con spesa superflua e gravosa per modesti bilanci comunali, e tal'altra scelta male appropriata, come quella a. e. di creoline, a composizione incostante e poco attive, di acido fenico grezzo, senza acido solforico per scioglierlo.

Avveniva pure di vedere un impiego irrazionale degli stessi, con largo inaffiamento di cortili, strade e pareti esterne di case, alla cui sterilizzazione già provvede Madre Natura mediante le potenti radiazioni solari tanto efficacemente e senza spesa alcuna, mentre si adoperava a. e. il sublimato corrosivo, invece del latte di calce, più idoneo e meno costoso, nella disinfezione delle latrine.

Comprendesi adunque, come sia necessario procedere ai rifornimenti con criteri sicuri e precisi sia per riguardo alle finanze comunali, come pure nell'intento superiore di conseguire una profilassi efficace e quindi una sicura difesa della pubblica salute, e come al medesimo intento sia altrettanto necessario poter disporre di adeguato personale idoneo, il quale si trovi pure in grado di rendersi conto dell'importanza del servizio, tanto per conservare permanentemente il materiale in condizioni di perfetto funzionamento, onde sopperire immediatamente a qualsiasi evenienza, quanto per adoprarlo, secondo le norme, nella maniera più razionale ed efficace.

Come possano conseguirsi questi intenti vedremo prossimamente.

a. p.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuove vedute sulla etiologia della sclerosi a placche.

La etiologia della sclerosi a placche ha dato luogo a ricerche ed a discussioni, i cui risultati non sono stati mai convincenti. L'affezione è stata attribuita ad avvelenamenti ed a infezioni, ma si tratta più di ipotesi che di fatti incontrastati. Comunque il reperto anatomo-patologico ed il decorso clinico rendono più attendibile la ipotesi di una infezione. Esistono rassomiglianze tra la sifilide nervosa e la sclerosi a placche, ma i fatti concreti non confermano le apparenze. Re-

centemente sono stati ripresi gli studi per accertare la etiologia di questa malattia e pare con maggior successo. Nel 1917 Kuhn e Steiner hanno fatto degli esperimenti che sembrano abbastanza conclusivi. Iniettarono a conigli e cavie sangue e liquido cefalo-rachidiano di individui affetti da sclerosi a placche. Riscontrarono dopo una settimana in media disturbi della motilità, sopra tutto al treno posteriore, disturbi che duravano da qualche ora a nove giorni, e quando non retrocedevano si trasformavono in paralisi seguita da morte. Oltre a ciò il sangue degli animali iniettati conteneva spirocheti dimostrabili all'ultra-miscroscopio o con preparati trattati col metodo di Löffler per la colorazione delle ciglia. Simon successivamente confermò la trasmissibilità della sclerosi a placche ai conigli. Siemerling alla fine del 1918 annunziava d'avere trovato spirocheti nei cervelli di sofferenti di sclerosi a placche, spirocheti che avevano gli stessi caratteri di quelli osservati da Kuhn e Steiner. Marinesco (*Revue Neurologique*, 1919, n. 6) ha ripetuto gli esperimenti di trasmissione iniettando il liquido cefalo-rachidiano di malati a conigli, nei quali si è avuto lo stesso quadro clinico, lo stesso reperto batterioscopico ottenuto da Kuhn e Steiner. Pettit e Roux che osservarono i preparati di Marinesco affermano che si tratta di uno spirochete speciale che non ha nulla di comune col treponema della sifilide.

I nuovi esperimenti adunque tendono a mettere in evidenza la trasmissibilità della malattia dovuta ad un virus, cioè a dire ad un organismo vivente, il quale sembrerebbe specifico.

Tali affermazioni se si devono accettare con riserva perchè non collimano con molti fatti riguardanti la diffusione della sclerosi a placche, danno un nuovo orientamento ed aprono nuove vie agli studi sulla oscura etiologia di questa affezione. *dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. BRULÉ. — *Recherches récentes sur les ictères.* Masson Ed. Paris, 1919. — Prezzo Fr. 4.50.

Il libro del Brulé sugli itteri merita di esser letto e considerato: argomenti, che potevano oramai sembrare risoluti ai superficiali e alle anime addormentate, sono in medicina, per gli spiriti inquieti e avidi di ricerca, la spinta a critica demolitrice e a concezioni rivoluzionarie, anche se queste devono, per un fatale ritmo storico, coincidere con vecchie ipotesi abbandonate.

Il Brulé con una mossa felicissima inizia il suo volume: la critica alle idee attuali sulle patogenesi dell'ittero. Egli ha nelle mani, argomenti poderosi per ridurre ad un limitato numero la categoria degli itteri da ostruzione delle vie biliari, e distaccarne tutti gli altri, che, pure attraverso più o meno complicate trasformazioni della teoria dell'ostruzione (ittero catarrale, angiocolite, pleiocromia, ecc.) molti testi tendevano a far rientrare negli itteri da impedito deflusso parziale o totale.

Dopo la critica, comincia l'opera di riedificazione: tutto il frutto dei lavori della Scuola di Widal (Abrami, Brulé, Lemaire, ecc.) è utilizzato, con troppa sapienza.

Il Brulé, che è critico così fine per tutto quanto non soddisfa alle condizioni di esperimento rigoroso e di logica scientifica, diviene troppo benevolo sostenitore del metodo di Hay per la ricerca dei sali biliari; sui resultati ottenuti con tale metodo di ricerca, egli basa il suo studio originale degli itteri dissociati. Ma questo degli itteri dissociati è il punto capitale, del quale l'A. ad ogni passo si serve per sostenere la lesione della cellula epatica nel determinismo della maggior parte degli itteri.

Egli li passa tutti in rivista e trova in rapporto con la lesione della cellula epatica gli itteri infettivi, primitivi e secondarî, gli itteri tossici, gli itteri nelle malattie del fegato, ecc., anche nei puri itteri da ritenzione per ostruzione le sue ricerche lo portano a stabilire che talora nella patonegesi contribuisce la lesione della cellula epatica.

Nel ricostruire la patogenesi l'A. rivoluziona i concetti moderni di fisiopatologia e cade nella vecchia ipotesi che il fegato rappresenta la glandola secretice non la glandula formatrice dei pigmenti e sali biliari.

L'A. raduna in suo appoggio esperienze di fisiologia e di fisiopatologia, dati di patologia, di clinica, ma in verità in medicina la distruzione è più facile della ricostruzione: il capitolo degli itteri resta fortemente intaccato dal piccone della critica, ma è lontano dall'avere una risoluzione. Gli studiosi leggano il libro del Brulé. *t. p.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1072). *Nelle ferite infette.* — Al dottor G. C. da F. suggeriamo:

Pr. Acqua	. . . . .	l.	2.5
Acido borico	. . . .	gr.	10
Carbonato sodico	. .	»	25
Ipoclorito di calcio	. .	»	50

Sciogliere l'acido borico a caldo in poca acqua e poi lasciar raffreddare. Sciogliere il carbonato sodico in altro recipiente. Dissolvere, macerando con le dita, l'ipoclorito in acqua in un terzo recipiente. Mescolare le soluzioni di carbonato sodico e di ipoclorito e agitare. Aggiungere la soluzione borica fredda continuando ad agitare per 10-15 minuti. Decantare dopo 24 ore e filtrare su garza o cotone. G. E.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Appello agli abbonati.

Ventisei anni di continua corrispondenza per idealità e realtà comuni, hanno determinato fra noi e i nostri abbonati una corrente di simpatia che ci consente di considerarci come una vasta famiglia, stretta da vincoli di affetto ormai indissolubili.

E si deve a questo fatto se il giornale ha potuto superare l'ardua prova alla quale fu soggetto durante il lungo ed estremamente critico periodo della guerra. Fu quello un periodo veramente difficile per l'esistenza di una impresa costretta a vivere unicamente sulle proprie forze.

Tutto era in rincaro: la carta quasi decuplicata di prezzo, la stampa quasi quatriplicata, aumentate la posta, le retribuzioni al personale.....

Le condizioni, già gravi, peggiorarono ancora dopo l'invasione di intere Provincie da parte del nemico: migliaia di medici profughi non erano più neppure in grado di continuare a versare l'importo dell'abbonamento, e la nostra Amministrazione si credette in dovere di fornire il giornale gratis a molti di essi; a causa dei continui e spesso improvvisi spostamenti di sede, determinati da ragioni militari, moltissimi abbonati venivano perduti di vista dall'Amministrazione.

Il danno da noi risentito fu ingente. Si aggiunga ancora che il disservizio postale toccò il fastigio proprio in quel doloroso volgere di tempi, obbligandoci ad aumentare notevolmente la tiratura, per sopperire alle continue dispersioni di fascicoli.

Nella previsione che potesse sopravvenire il momento del bisogno erano state accumulate delle riserve, alle quali si attinse largamente per colmare il disavanzo, per l'anticipo di spese, per l'acquisto di interi vagoni di carta. Furono impegnate somme ingentissime senza dover ricorrere ad operazioni finanziarie onerose, e senza l'intervento di alcun sussidio, di alcun aiuto, da parte di chicchessia.

Grazie all'opera efficace dell'Amministrazione, la crisi è stata dunque fronteggiata con le sole nostre forze; ma non è ancora superata e il deficit non è ancora colmato.

Si sperava che, con la fine della guerra, molti generi e molti lavori industriali e le retribuzioni al personale dovessero ribassare sensibilmente, ma non è così: la carta è cresciuta di prezzo, le spese tipografiche sono aumentate ancora, le retribuzioni straordinarie al personale si sono stabilizzate ed anzi aumentano; nell'insieme, le difficoltà persistono, anche per la perniciosa manìa degli scioperi tipografici.

Il fatto di avere attraversato il temporale rimanendo incolumi non significa che si possa vivere indefinitamente tra i marosi.

L'anno scorso siamo stati costretti ad aumentare, è vero, il prezzo di abbonamento, e purtuttavia non abbiamo perduto un solo abbonato, il che prova la solidità ed il credito della nostra rivista.

Ma il maggior introito che è derivato dal lieve aumento non ha consolidato sensibilmente il bilancio: esso è stato assorbito per intero, oltre che dalle accresciute spese, dal miglioramento del tipo della carta, la quale diverrà ancora migliore in un prossimo avvenire, e dal ritorno al normale nel numero delle pagine che compongono i fascicoli.

Un mezzo assai ovvio permetterebbe di assicurare introiti maggiori, senza aggravi apprezzabili e senza ricorrere a nuovi aumenti del prezzo di abbonamento: l'incremento nel numero degli abbonati.

Dalla fondazione del giornale questi sono andati costantemente aumentando e costituiscono oggi un blocco formidabile.

Di questo successo grandioso, che costituisce il nostro vanto, va fatto un merito alle sane direttive del giornale, all'opera redazionale, che sa rispondere pienamente ai bisogni scientifici e professionali dei medici, alla regolarità ed alla perfezione dei servizi amministrativi.

Ma non basta ancora.

***

Un giornale medico che vanta il prestigio e la diffusione del nostro *Policlinico,* che ha sempre dato prova d'interessamento sincero alla classe medica (ci sia lecito di ricordare soltanto le benemerenze acquistate durante il periodo bellico), che non ha mai smarrito il senso della misura, potrà non solo rispecchiare i rapidi progressi scientifici, ma promuovere, dirigere, arginare il grandioso movimento che si prepara nel campo medico-sociale, mantenendosi fedele così alle sue tradizioni.

Gli spetterà dunque un alto mandato. Ma per poter adempiere con efficacia questi nuovi còmpiti, gli occorre una larga base finanziaria, senza di che la sua attività verrebbe inevitabilmente ad essere limitata ed a soffrirne. Noi non prospettiamo ai nostri lettori una meta puramente commerciale, ma una necessità assoluta di vita libera ed intensiva.

Crediamo dunque di non illuderci pensando che essi compirebbero opera saggia ed in armonia con i loro interessi, sostenendo il giornale e favorendone, per quanto è in loro, la diffusione.

Gli abbonati al *Policlinico* sono già tanti, ma potrebbero essere di più, incomparabilmente di più. Noi aspiriamo ad ottenere l'abbonamento di quasi tutti i medici italiani. Numerosi colleghi dovrebbero entrare a far parte della nostra famiglia: una speciale sollecitazione va rivolta alle nuove generazioni di medici, la cui preparazione è rimasta necessariaente incompleta, a causa della guerra: essi hanno bisogno di perfezionarsi, di seguire i progressi dell'arte salutare, di entrare nell'agone delle rivendicazioni economiche e sociali.

Molti medici di condotta, molti medici di ospedale, per inerzia più che per scetticismo, non dànno il tenue contributo della quota di abbonamento ad un giornale che porta al risultato di completarne e rinnovarne la coltura, di accrescerne l'efficienza professionale, di tutelarne energicamente gli interessi.

***

Nel far accrescere il numero degli abbonati, molta parte spetta, certo, alla Direzione e alla Redazione, che fissano le direttive e che preparano e selezionano il contenuto: è sopratutto in virtù del loro lavoro e della loro responsabilità che il giornale si afferma e si consolida.

Una parte è dovuta anche all'Amministrazione, che regola i complessi congegni amministrativi, che mantiene una diligente organizzazione del lavoro di scritturazione, che provvede a tutto quanto giova alla regolarità e puntualità delle spedizioni e a fornire l'abbonato di libri, di strumenti e di quanto altro egli possa aver bisogno.

Ma questo còmpito non è e non deve essere limitato alla Direzione, alla Redazione e all'Amministrazione. Ogni abbonato può contribuirvi: le esortazioni personali anzi sono oltremodo efficaci.

Gli abbonati possono vincere la prevenzione e l'apatia dei colleghi neghittosi, diffidenti od ignari e far opera di propaganda, oltre che con l'esempio, con la parola che incita e che persuade.

Abbiamo noi meritato tanta fiducia dai nostri fedeli, dai nostri valorosi abbonati? Confidiamo di sì.

E siamo convinti che per tal modo essi faranno non soltanto l'interesse del giornale, ma anche il loro interesse e quello della classe cui appartengono.

I requisiti dell'assicurazione statale contro le malattie.

Alto limite dei proventi.

Come abbiamo rilevato nel fasc. 43, è della massima importanza fissare il limite superiore degl'introiti, che comportano l'obbligo o la facoltà della assicurazione contro le malattie; difatti ne dipende in larga misura il grado di universalità, e quindi l'efficienza, della assicurazione stessa. Per la famiglia medica questo limite assume un valore notevole, in quanto che regola l'inclusione, nel regime assicurativo, di categorie più o meno vaste e numerose di persone, le quali per tal modo restano sottratte alla professione medica libera.

Sotto questo riguardo — lo abbiamo già accennato — non è da temere che il limite sia tenuto alto, a condizione che ai medici delle assicurazioni si assegnino compensi adeguati all'importanza ed alla responsabilità dei loro compiti.

Ce ne ha offerto un esempio probativo l'Inghilterra, dove i medici si sono avvantaggiati notevolmente del regime assicurativo, malgrado questo abbia compreso nel suo ambito, direttamente o indirettamente, la massima parte della popolazione.

Invece in Germania, dove le assicurazioni sono state a lungo molto meno comprensive che nell'Inghilterra, la professione medica è rimasta sempre compensata molto male e quasi indegnamente dalle « Casse dei malati ».

***

Un trattamento speciale è stato fatto, tanto nella Germania quanto nell'Inghilterra, ai lavoratori di tutte le industrie e mestieri, i quali vengono assicurati obbligatoriamente, qualunque ne siano i proventi: lo abbiamo già rilevato. Si è creduto di dover adottare questa misura a favore delle classi lavoratrici, in quanto che la posizione economica degli operai suol essere precaria: possono essere licenziati con breve preavviso, durante le malattie perdono il salario, per solito non hanno diritto all'ssistenza sanitaria.

Invece si è creduto di dover fissare un limite per gl'introiti degli impiegati, in quanto che la posizione di questi è più stabile, durante le malattie continuano a percepire lo stipendio od una parte di esso, molti ricevono anche l'assistenza sanitaria, ecc. Per i piccoli professionisti si è considerato che suol essere sviluppato in essi lo spirito di previdenza, di modo che dispongono quasi sempre di riserve ecoomiche, le quali permettono loro di affrontare gli oneri delle malattie: quindi si è stabilito d'assimilarli agli impiegati.

Non sempre però queste considerazioni rispondono alla realtà; per es. la posizione di molti impieghi privati è aleatoria, molti piccoli professionisti vi-

vono quasi alla giornata, ecc. Cionompertanto il criterio sopra enunziato è stato accolto generalmente; vi si conforma anche il progetto italiano, il quale non fissa alcun limite degli introiti per i lavoratori (operai, contadini, mezzadri, ecc.) alla dipendenza di altri: essi sono tutti obbligati all'assicurazione, qualunque sia il loro guadagno.

***

Tolti, dunque, i lavoratori, il limite massimo dei proventi per l'assicurazione obbligatoria era stato fissato in misura non alta *ante bellum* nei vari paesi.

Nella Germania ad esempio fu per circa un trentennio di 2000 marchi (un marco in oro equivale a L. 1.25 in oro). Tale esso rimase fino al 1911, quando venne portato a 2500 marchi (eccettuati solo gli operai, come pure gli assimilati: assistenti, aiutanti, apprendisti, marinai, ecc.); al tempo stesso venne anche fissato il limite di 4000 marchi per l'assicurazione volontaria. Gli assicurati, che erano 14 milioni, salirono bruscamente a 20 milioni in seguito a questa riforma ed all'estensione delle categorie.

Or è qualche mese, in vista del deprezzamento del danaro, si è sentito il bisogno di innalzare notevolmente tutt'e due questi limiti: accogliendo le proposte del partito socialista, il primo di essi venne portato a 6000 marchi ed il secondo abolito del tutto. (Il Centro proponeva invece 4000 marchi per le assicurazioni obbligatorie e 6000 per quelle facoltative).

È da rilevare che in Germania i compensi dei medici addetti alle Casse d'assicurazione sono stati sempre esigui. Difatti nel 1885 l'assistenza medica venne a costare in media soltanto L. 2.15 per socio, delle quali L. 1.69 appena per i medici; nel 1911 queste quote erano salite rispettivamente a L. 6.15 e L. 3.90: si noti però che l'aumento era fittizio poichè l'assistenza medica si era andata estendendo alle famiglie degli assicurati (in media persone 2.5 per ogni assicurato cifra non alta: che si spiega tenendo conto che in molte famiglie vi sono due o più assicurati).

Si trattava di compensi del tutto irrisori, che equivalevano ad un semi-sfruttamento dell'opera medica. Nè molto meglio andavano le cose in Austria e in Ungheria.

La classe medica però non ne rimeneva troppo danneggiata, perchè gli assistiti si reclutavano solo nelle classi meno abbienti: perciò i medici potevano rivalersi dello scarso guadagno mediante un largo esercizio libero, il quale negli ultimi tempi era venuto sempre più estendendosi, grazie all'aumento apparente dei salari e degli stipendi, che sottraeva molti cittadini alle assicurazioni.

Se non che, la recentissima disposizione di cui abbiamo parlato, ha condotto improvvisamente entro l'ambito delle assicurazioni circa 21 milioni di persone, che in questi ultimi tempi pagavano i medici privatamente. Al tempo stesso, non è stato provveduto ad aumentare notevolmente l'assegno dei medici, come sarebbe stato equo.

Risultato: ***la professione medica in Germania è letteralmente rovinata!***

Nella discussione svoltasi in seno all'Assemblea Nazionale di Weimar, tutti gli oratori, compresi i socialisti, dichiararono di apprezzare altamente la coscienziosità, l'abnegazione, lo spirito di sacrificio della classe medica e di riconoscerne le benemerenze sociali; ma in questo mondo non si vive di belle parole...

La lezione che ci viene dalla Germania è istruttiva. Essa valga di ammonimento sulla disinvoltura con cui la collettività può mettere in pratica uno sfruttamento iniquo dell'opera dei medici, se questi non si mantengono vigili, sulla breccia.

***

Assai diverse sono le condizioni determinatesi in Inghilterra. Nel 1911 era stato fissato l'introito massimo di 160 sterline annue (corrispondente a 4000 lire in oro) per i non addetti a lavori manuali, così nei riguardi delle assicurazioni obbligatorie come di quelle facoltative: si trattava di un limite elevato per quei tempi. Recentemente, dato il rinvilio del denaro, si è riconosciuta anche nell'Inghilterra la necessità di elevare sensibilmente questo limite: or è qualche mese, esso venne portato a 250 sterline, pari incirca a 6250 lire in oro; se vi si aggiunge l'importo del cambio, si va ad oltre 10.000 delle nostre lire correnti.

Si tratta di una misura elevata; eppure contro di essa non si sono appuntate critiche nè promosse proteste ed opposizioni da parte della classe medica, la quale aveva in antecedenza già saputo tutelare i propri interessi, e quindi non è rimasta troppo gravemente pregiudicata dalla inevitabile innovazione.

Conviene avvertire che nell'Inghilterra è consentita una certa elasticità nelle spese sanitarie per le assicurazioni nazionali. A queste spese difatti provvedono i Comitati di contea e di borgo di contea (come a dire provinciali e intercircondariali), cui vengono rimborsate dalle Casse locali (comunali) di assicurazione e dalle Società di M. S. riconosciute. I Comitati possono eccedere nelle spese, impegnando somme maggiori degli introiti: in tal caso il disavanzo è colmato per metà dallo Stato e per metà dalla Contea, sui fondi per l'igiene pubblica: ne deriva una relativa larghezza nelle spese sanitarie (che comprendono anche le competenze per i consulenti e gli specialisti, le inden-

nità di distanza o *mileage* per i medici rurali e semi-urbani, la gestione di armadi farmaceutici, ecc.).

È così che, mentre nei primi 18 mesi di regime assicurativo i compensi per i medici importarono incirca L. it. 9.35 in oro all'anno per assicurato, nel 1912-13 salirono incirca a L. 10; però secondo la relazione ufficiale non si potevano aumentare ulteriolmente, senza innalzare anche i premi (ossia le quote degli assicurati).

Durante quasi tutta la guerra le spese per i medici furono contenute entro limiti minimi; solo negli ultimi due anni è stata concessa una indennità di caro-viveri (bonus) del 25-50 %, di modo che la spesa effettiva è salita a L. 11.15 (8 s 9 d) per ogni assicurato, mentre *ante bellum* era stato fissato il compenso massimo di L. 9.65 e quello medio di L. 9.20.

Finchè è durata la guerra, il bisogno di un miglioramento notevole non è stato gran che avvertito dai medici iscritti per il servizio di assicurazione, la maggior parte dei quali prestava servizio sotto le armi mentre quelli rimasti in servizio civile assunsero tutta la clientela dei colleghi, realizzando guadagni ingenti: alcuni ebbero in cura persino 5000 assicurati (mentre era convenuto che non se ne dovessero assumere più di 2000 nelle città e più di 500 nelle campagne), senza contare i clienti paganti: per essi i guadagni divennero quasi favolosi.

Ora però la smobilitazione ripristina condizioni economiche che parevano sorpassate; onde i medici inglesi hanno chiesto con insistenza miglioramenti economici sensibilissimi. Il Ministero di Sanità aveva promesso una revisione delle condizioni economiche fatte ai medici: per il 1920 avrebbero dovuto aver corso le nuove tariffe, ma una recente circolare annunzia che si è dovuto rimandare l'espletamento del lavoro ai primi mesi del 1920, perchè non si è fatto in tempo a raccogliere i dati necessari; intanto, si provvederà in linea provvisoria.

Le richieste avanzate dai corpi medici professionali del Regno Unito partono dal rilievo che oggi un medico pratico in piena efficienza non guadagna meno, in quel fortunato paese, di 1800 sterline, ossia di 45000 delle nostre lire in valuta metallica (il doppio in valuta cartacea); che non dovrebbe lavorare più di 2400 ore all'anno (8 ore per 300 giorni); che almeno i /8 delle ore lavorative verrebbero assorbite da 1000 assicurati (numero normale), dal che risulterebbe una capitazione di L. 17.15 (s. 13 d. 6). Quasi allo stesso risultato si giunge in base alle tariffe attuali, aumentandole dal 60 % per caro viveri e del 10 % per l'incremento di lavoro determinato dalla smobilitazione dei militari infermi, ecc.

Il compenso così computato risulta relativamente alto; ma dai corpi medici s'insiste nel far rilevare la lunga durata e il costo degli studi, le gravi responsabilità inerenti all'esercizio professionale, la necessità di spese accessorie elevatissime, ecc. Essi chiedono anche altri aumenti: per es. l'indennità di distanza verrebbe sestuplicata rispetto a quello che era cinque anni or sono.

Il Ministero di sanità ha opposto molte obbiezioni e resistenze: ma la classe medica va organizzando una lotta formidabile e si prevede che le sue richieste verranno largamente accolte.

Si aumenteranno anche i premi, le sovvenzioni in denaro agli assicurati, le tariffe per i farmacisti, ecc.

Nell'insieme, si finirà col compiere, grosso modo, una operazione aritmetica di proporzionalità diretta: l'innalzamento del limite degli introiti sarà correlativo all'aumento dei compensi assegnati ai medici nonchè di tutte le prestazioni e competenze.

* * *

Nel disegno di legge italiano il limite massimo dei proventi che comportano l'obbligo dell'assicurazione è stato tenuto abbastanza alto: la prima relazione della Commissione governativa lo fissava a 3600 lire annue; in seguito è stato portato a 4200 lire annue per i lavoratori indipendenti ed a 350 lire mensili per gli impiegati (*).

Restano esclusi dall'assicurazione obbligatoria coloro cui si provvede già *in misura eguale o superiore;* ma, evidentemente, la massima parte degli impiegati pubblici o privati e dei professionisti non si trova in queste condizioni, di modo che potrà profittare delle assicurazioni. Queste assumeranno dunque un compito integrativo di altre misure di previdenza sociale; siffatte disposizioni segnano un progresso rispetto ad altri paesi, non esclusa l'Inghilterra.

Il limite indicato di 4200 lire annue e 350 mensili può sembrare abbastanza alto; ma diremo che, a nostro modo di vedere, non lo è ancora abbastanza: moltissimi operai, contadini, impiegati e piccoli professionisti guadagnano oggi di più. Adottandolo, le assicurazioni italiane perderebbero buona parte di quel carattere di universalità che vorremmo le distinguesse; difatti non vi rimarrebbero inclusi molti cittadini di risorse apparentemente elevate, ma effettivamente modeste, ai quali potrebbero giovare. Non crederemmo fuori di luogo di elevarlo, portandolo almeno a 6000 lire annue ed a 500 lire mensili (**).

Da parte dei medici non si può avere nulla in contrario a che si fissi un limite così elevato, a condi-

(*) *Ante bellum* Valente aveva proposto lire 2.500, limite paragonabile con quello di altri paesi.

(**) Dopo che questo articolo è stato composto, la Commissione governativa, nelle sue recentissime adunanze, ha proposto che il limite sia portato a L. 7200 annue e 600 mensili.

zione, come abbiamo già accennato, che essi vengano posti al disopra di ogni sorpresa, assegnando loro compensi sicuramente vantaggiosi.

A questo fine provvede il disegno di legge italiano: difatti la relazione tecnica dapprima fissava, per il servizio medico, la somma di L. 10 per assicurato; ora rende il compenso progressivo, proporzionato ai premi: esso potrà, in media, raggiungere L. 20–30 per assicurato, cifra molto superiore a quelle attuali di tutti gli altri paesi. In apparenza almeno, è doppia di quella fissata in Inghilterra! Si noti però che il cambio annulla la differenza; d'altra parte, come abbiamo visto, i medici inglesi otterranno ben presto dei miglioramenti notevoli, che invertiranno i rapporti; ma ciò non toglie che la cifra sia più che ragionevole. Si può rimanerne paghi.

***

Converrebbe di rendere elastico il limite superiore degli introiti che comportano l'obbligatorietà dell'assicurazione, commisurandolo alle oscillazioni del valore del denaro ed agli introiti medi.

Ciò può essere ottenuto in maniera automatica (per es. regolando il limite sui salari e sugli stipendi di alcune categorie di operai e d'impiegati). Ovvero se ne può affidare il compito ad una Commissione, come ha proposto opportunamente il Fatichi.

Occorrerebbe però, a nostro parere, una disposizione complementare: cioè gli assegni dei medici dovrebbero variare in proporzione. Difatti un aumento degli introiti medi denota uno svalutamento del denaro ovvero un miglioramento del benessere generale: nell'un caso e nell'altro è legittimo che anche l'introito del medico aumenti.

Dovrebbero variare, al tempo stesso, in modo corrispondente, i premi e le sovvenzioni.

***

L'universalità delle assicurazioni contro le malattie, della quale siamo venuti occupandoci nel precedente articolo ed in questo, non può conseguirsi se non viene sodisfatto un altro requisito, che essa presuppone: l'*obbligatorietà*, sia pure condizionata e parziale. Ne tratteremo in un prossimo articolo.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Oltre a quelle già riportate, cfr.:

G. FATICHI. *La discussione intorno alle assicurazioni contro le malattie.* «Il Medico Italiano», 7 sett. 1919.

G. LORIGA. *I problemi dell'assistenza sanitaria relativi alla assicurazione contro le malattie.* Questo giornale, 10 agosto 1919.

«Lancet», 1919, p. 343 e p. 620.

Cronaca del movimento professionale.

L'assicurazione contro le malattie.

Si è riunita in questi giorni ed ha chiuso i suoi lavori la Commissione ministeriale, che, sotto la presidenza dell'on. Perla, ha studiato i provvedimenti per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

La Commissione iniziò nell'ottobre 1917 i suoi studi, che ha terminati approvando la relazione e lo schema di disegno di legge redatti dal prof. Gobbi e corredati, per la parte tecnica, da relazioni del comm. ing. G. Toja.

Diamo un breve riassunto dei provvedimenti proposti, a cui la Commissione è pervenuta attraverso pazienti studi e laboriose e talvolta molto appassionate discussioni.

L'assicurazione è resa obbligatoria per tutti i lavoratori, di ambo i sessi e in età fra i 15 e i 65 anni, che prestano l'opera loro alle dipendenze di altri, nonchè è obbligatoria per i mezzadri e gli affittuari che lavorano nelle rispettive aziende e infine per i lavoratori indipendenti, il cui guadagno annuo non superi le lire 4200. Il progetto di disegno di legge si estende perciò, includendo la categoria dei lavoratori indipendenti e non ponendo limite di reddito per i mezzadri e gli affittuari, ad una cerchia di persone più numerosa di quella considerata dalla legge sull'assicurazione obbligatoria contro la invalidità e la vecchiaia.

Tra i lavoratori che prestano l'opera loro alle dipendenze di altri, sono compresi gli impiegati ed assimilati, però ad essi si applicherebbero, secondo il progetto, l'obbligo dell'assicurazione nel caso in cui percepiscano una retribuzione annua superiore alle 4200 lire, limite già stabilito dal decreto legge per l'assicurazione invalidità e vecchiaia. A questo proposito la Commissione ha espresso il voto che sia elevato il limite predetto a L. 7200, in considerazione degli stipendi attuali, la cui ascesa ha sorpassato le più azzardate previsioni di qualche anno addietro.

Gli organi principali dell'organizzazione assicurativa sarebbero rappresentati dalla Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali, dagli istituti provinciali di previdenza sociale, dalle Casse locali di previdenza che possono essere Mutue (Società di Mutuo Soccorso) e comunali e intercomunali; vi è da aggiungere infine i Comitati locali per l'assistenza della maternità e della prole. I primi due istituti assicurativi sono stati già istituiti con la legge sull'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia.

Le prestazioni assicurate comprendono un'in-

dennità pecuniaria ai soci malati equivalente a circa metà del salario pei primi 180 giorni di malattia ed a circa un terzo dopo il 180° giorno, un sussidio funerario in caso di loro morte, le cure sanitarie che sono estese anche alle persone dalla famiglia dell'assicurato e l'assistenza per la maternità e l'allevamento della prole. Nelle cure sanitarie sono comprese l'assistenza medica a domicilio, quella farmaceutica e la ospedaliera, nonchè l'assistenza per la prevenzione delle malattie. Proposte notevoli la Commissione ha formulato per la maternità e lo allevamento della prole. Si assegna un'indennità pecuniaria nei giorni in cui la gravidanza e il puerperio impongono l'astensione dal lavoro ed un sussidio per il periodo di allattamento, sempre che la madre allatti da sè la propria prole: si propone in sostanza un vero premio di allattamento.

Come abbiamo già rilevato altre volte, gli attuali medici condotti passerebbero alle dipendenze degli istituti di previdenza, rimanendo per altro libero l'assicurato di servirsi dell'opera loro e di quella di qualunque altro libero esercente, purchè iscritto all'albo dei suddetti istituti di previdenza.

Per il finanziamento dell'Istituto assicurativo si provvede con contributi (proporzionati, come le indennità assicurate, ai salari percepiti, secondo sei classi di salario) degli assicurati e dei datori di lavoro, in misura eguale fra di essi, e con sovvenzioni da parte dello Stato e dei comuni. Il complessivo contributo dei primi, assicurati e datori di lavoro, è pagato con quote quindicinali a mezzo di apposite marche, e non deve oltrepassare il 4 per cento del salario medio annuo percepito dal socio, rimanendo la eventuale eccedenza a carico dello Stato e dei comuni, che versano alla Cassa Nazionale quote fisse per ogni inscritto agli istituti di previdenza.

Le nuove proposte, in fine, tendono a collegare tutte le provvidenze sulle assicurazioni sociali, adottate e da adottarsi, in modo che in qualunque periodo ed evenienza della vita il lavoratore sia sicuro del proprio domani. Così il socio malato e divenuto intanto invalido riscuoterà senza interruzione i sussidii per l'una e l'altra forma assicurativa, di malattia, cioè, e di invalidità.

Si propone, per il coordinamento con le leggi sugli infortuni nel lavoro, che l'infortunato riscuota giornalmente l'indennità di malattia e che, ove rimanga invalido, la continui a riscuotere come rendita vitalizia, potendosi a questa anche aggiungere l'indennità per gli invalidi, ove il lavoratore sia assicurato anche contro i rischi d'invalidità.

Bastano peraltro i cenni suddetti per dare una idea del complesso e difficile lavoro compiuto dalla Commissione, che ha dovuto portare il suo esame su questioni demografiche ed economiche, che — per effetto della guerra immane — riuscivano sempre più indeterminate e si trasformavano man mano, assumendo continuamente nuovi aspetti.

I lavori compiuti dànno un prezioso contributo al problema che lo Stato è chiamato a risolvere: essi sono improntati a quel vivo desiderio, che è nell'animo di tutti, di venire da un lato in aiuto delle classi produttrici e di condurre dall'altro la nostra Italia ad uno dei primi posti tra le nazioni più progredite nel campo della legislazione sociale.

Fascio Romano reduci Medici-Chirurgi.

Il Consiglio direttivo del Fascio romano reduci medici-chirurgi con votazione unanime è stato così costituito: presidente Caccialupi dottor Pietro; vice-presidente Puccinelli dott. Vittorio; segretario Pampiglione dott. Guglielmo; cassiere Secondari dott. Francesco; consiglieri: Capanna dott. Arnaldo, Ciancarelli dott. Francesco, Cippitelli dott. Mario, Giannuzzi prof. Armando, Giorgi prof. Giorgio, Maugeri dott. Placido, Moretti dott. Riccardo, Natali dott. Augusto, Sbrozzi dott. Marcello.

CONDOTTE E CONCORSI.

BRUSSON (*Torino*). — Concorso per titoli alla condotta medica del Consorzio fra i Comuni di Agas, Brusson e Challand St. Anselme. Kmq. 207.95 dei quali 89.95 circa in collina e 118 circa in montagna. Abitanti 4755; stipendio in corso d'approvazione L. 5000 (e cioè L. 4500 per i poveri nel numero approssimativo di 500, e L. 500 per il servizio di ufficiale sanitario). È inoltre corrisposta l'indennità caro-viveri a norma di legge per il periodo stabilito. Il concorso scade con il 1° gennaio 1920. Chiedere notizie al presidente del Consorzio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Concorso per titoli e per esami al posto di medico ispettore degli Istituti Ospitalieri; stipendio annuo netto iniziale di L. 5,600, con un aumento di annue L. 1.500 dopo il secondo anno di servizio e con aumenti periodici successivi fino ad uno stipendio annuo netto massimo di L. 12.500 dopo il ventesimo anno di servizio stabile, con diritto di pensione. Il servizio di notte in turno cogli Ispettori verrà retribuito con l'emolumento di L. 10 per ogni notte di servizio. Istanze al protocollo del del Consiglio, non più tardi delle ore 16 del 30 gennaio. Titoli in materia d'igiene. Tutti i concorrenti dovranno, prima degli esami, subire la regolare visita medica d'ufficio nel giorno e nell'ora che verranno loro indicati dal Consiglio. Con speciale avviso a domicilio verranno indicati i giorni e le ore fissate per gli esami. Gli esami constano

di una prova scritta, di una prova orale e di una prova pratica. La prova scritta verte su argomenti di igiene generale con particolare riguardo all'igiene ospitaliera; la prova orale sulla legislazione ed assistenza sanitaria e sulla statistica demografica; la prova pratica sulla microscopia, batteriologia e bromatologia applicata all'igiene. Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla Segreteria od alla Direzione Medica degli Istituti.

VOLTERRA (*Pisa*). — A tutto il 25 gennaio concorso al posto di assitente di medicina e chirurgia con lo stipendio iniziale di L. 3500 annue aumentabili di 1/10 ogni triennio fino al massimo di L. 4500 e con la indennità provvisoria di caro-viveri in L. 720 annue. Ritenuta per imposta di Ricchezza Mobile e Contributo alla Cassa di Previdenza per le pensioni. Biennio di prova. Certific. non anter. a 3 mesi. Saranno preferiti i Laureati di recente e coloro che presentassero attestati di speciale competenza in Elettroterapia e Radiologia. L'eletto dovrà assumere il servizio dopo 15 giorni dalla nomina. Sarà libero di esercitare la propria professione compatibilmente al servizio che dovrà prestare nell'Istituto.

Medico chirurgo provetto, 26 anni di pratica, ufficiale medico della riserva, cerca posto presso Sanatorio tubercolosi — o altri Istituti sanitari (capace direzione medica e amministrativa) — in Roma, Napoli od altre città dell'Italia centrale e meridionale compresa Sicilia; o direzione condotta medica grande paese o città possibilmente marittima. Rivolgere offerte Libretto di riconoscimento postale n. 04,173, Furci Siculo (prov. di Messina).

Diffide:

Barlassina (Monza), per medico condotto, dalla Sez. Monzese M. C.;

Padova, per medici condotti nei riparti Salboro e Camin, dalla Sez. Padovana;

Solignano (Parma), per medico condotto, dalla Sez. Monzese.

La Federazione Emiliana-Romagnola dei Medici Condotti, ottenuta la convalidazione della Presidenza Centrale, diffida tutti i Concorsi a Condotte vacanti nella Regione, fino a che dalle Autorità amministrative e tutorie non siano stati approvati gli organici, le tabelle degli stipendi e i Capitolati già distribuiti.

NOTIZIE DIVERSE.

Luigi Luciani e Augusto Tamburini commemorati.

Al Pio Sodalizio dei Piceni sono stati commemorati i due illustri marchigiani senatore prof. Luigi Luciani e prof. Augusto Tamburini.

Il prof. Baglioni Silvestro, deputato per la provincia Macerata-Ascoli, che di Luigi Luciani fu discepolo, dopo una efficace rievocazione della vita attivissima dell'illustre maestro, conclude augurando che simili uomini, eroi della scienza, prosperino in Italia per la sua maggiore fortuna e *per fugare la incombente nebbia della novella barbarie*.

Il prof. Mingazzini ricorda con efficacia la vita e l'opera dell'altro illustre marchigiano professor Tamburini, che resse per tanti anni e con tanto onore la cattedra di psichiatria nell'Università romana. Il prof. Mingazzini fa una dotta esposizione degli studi e delle scoperte del compianto maestro, su la sensorietà della zona corticale del cervello e sui contributi apportati alla psichiatria e alla psicologia.

La scuola di Ostetricia di Trieste.

Fondata nel 1814 da Lamprecht e ora diretta da Valponer, è passata nel ruolo degli istituti universitari nazionali.

Condizioni sanitarie di Vienna.

La *Deutsche Med. Woch.* riferisce che i morti per tubercolosi, i quali nel 1914 furono 6223, sono saliti nel 1918 a 11.728.

La deficienza delle condizioni alimenari è dimostrata dalla circostanza che i cani sono diminuiti, contemporaneamente, da 80.000 a 30.000: gli altri sono serviti come alimento.

Nella capitale austriaca si è prodotta una concentrazione di medici, che da 2400 prima della guerra sono saliti attualmente a 4000 incirca.

Le perdite di medici nell'Esercito Tedesco.

La *Deutsche Med. Aerztl. Zeitschrif.* riferisce che nella Germania sono morti in guerra 1325 ufficiali medici, tra cui 3 generali e 6 colonnelli.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi. ....

Anno XXVI Roma, 14 Dicembre 1919 Fasc. 50

(pubblicato il 19 Dicembre 1919).

IL POLICLINICO

Anno XXVI — Roma, 14 dicembre 1919 — Fasc. 50
(Pubblicato il 19 dicembre 1919)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

Forme atipiche della febbre tifoide

per il prof. EMANUELE MONDOLFO, assistente.

A chi oggi intraprenda lo studio delle forme atipiche della febbre tifoide riesce invero assai malagevole il raggrupparle in un sintetico e chiaro quadro d'insieme, in guisa da tracciarne una razionale classificazione. Così multiforme è l'aspetto nosografico della infezione eberthiana, così frequenti si presentano i casi che dalla norma deviano (pel modo d'iniziarsi del processo morboso, per le molteplici varietà di sua evoluzione od anche pel decorso larvato della malattia), che i confini di questa trattazione appaiono a prima vista troppo ampi, e, fors'anco, mal definibili.

Pur tuttavia il campo del presente studio verrà limitato alquanto, poichè intendo prescindere da alcune varietà, le quali figurano generalmente tra le forme atipiche ne' trattati, mentre, a rigor di termini, non dovrebbero esservi comprese.

Parmi, ad esempio, che sieno da classificarsi tra le varietà cliniche pure e semplici, e non già tra le forme atipiche, così la tifoide atasso-adinamica come il tifo lieve od abortivo: la prima rappresenta infatti l'estremo grado di malignità del morbo, laddove nel secondo la malattia si svolge con particolare benignità di decorso.

Nè di vera atipia può parlarsi nella tifoide dei vecchi e dei bambini, la quale suole manifestarsi con peculiari sintomi, ormai ben noti e che non è qui il luogo di ripetere, in rapporto con lo speciale modo di reagire dell'organismo alla infezione tifica in codeste estreme età della vita. Che anzi vera anomalia sarebbe, mi sembra, il veder decorrere una febbre tifoide nella prima infanzia o nella più avanzata vecchiezza con quella medesima fisonomia clinica, onde suole nell'età media improntarsi la infezione eberthiana.

Distingueremo pertanto:

A) Anomalie in rapporto col modo di iniziarsi del processo morboso (febbre tifoide ad

inizio brusco, sindrome emorragica precoce, tifo di guerra).

B) Anomalie consistenti nel predominio di un sintomo o di un gruppo di sintomi a carico di un solo organo od apparecchio, mentre restano occulti i sintomi propri della febbre tifoide (laringo-tifo, bronco-tifo, pneumo-tifo, pleurotifo, appendiculo-tifo, colecistite eberthiana precoce, nefro-tifo, meningo-tifo, psicosi tifiche precoci).

C) Anomalie in rapporto con la curva termica (rapida ascensione termica, tipo inverso, tipo remittente, defervescenza brusca, tipo intermittente).

D) Forme larvate (tifo apiretico e tifo ambulatorio).

A) Anomalie in rapporto col modo di iniziarsi del processo morboso.

In questa categoria si comprendono tutte quelle forme, nelle quali è atipico il solo periodo iniziale della malattia, mentre, di regola, la ulteriore evoluzione dei fenomeni appartiene al quadro comune della febbre tifoide.

Febbre tifoide ad inizio brusco. — Può il tifo, eccezionalmente, esordire in modo brusco, alla stessa guisa come s'inizia una polmonite, senza cioè alcun periodo prodromico.

Veggonsi pazienti, che poche ore innanzi attendevano alle loro occupazioni nel più completo benessere, ammalare improvvisamente con brividi, febbre alta, cefalea intensa, talora anche con vomiti ripetuti e violenti.

Questo modo d'iniziarsi del tifo, più frequente nei bambini, può altresì osservarsi nella tifoide abortiva (Griesinger), nelle forme atasso-adinamiche ed iperpiretiche, e, in genere, nei soggetti sottoposti a strapazzi fisici (Rendu) ovvero a « surmenage » intellettuale (Siredey). Varî casi di febbre tifoide ad inizio brusco furono illustrati da Widal, Hirtz, Vincent, Parmentier, Moutard, Martin, Sevestre, Siredey.

Vincent osservò parecchie di queste forme in Algeria, specialmente in giovani soldati; e Nikitine, durante una epidemia tifica a Samara, notò l'inizio brusco della malattia, accompagnato da una curva termica paradossale. Il brivido intenso e l'ipertermia, nei casi di Nikitine, aprivano la scena morbosa; seguiva dipoi, entro pochi giorni, la discesa della temperatura fino alla norma od anche al di sotto, mentre si delineavano, con l'adinamia profonda, i sintomi ordinarî e caratteristici della infezione tifica.

Ancona, durante la recente guerra, ha riferito un caso di tifo addominale iniziatosi con brivido, febbre elevata, cefalea, vertigini, astenia. La successiva comparsa di un esantema e la caduta critica della temperatura avevan fatto pensare ad un dermo-tifo, che fu escluso con argomenti clinici e col reperto necroscopico.

La sierodiagnosi, in queste forme ad inizio brusco, suole manifestarsi positiva fin dai primordi della malattia, quando cioè nel tifo ordinario si hanno di regola resultati negativi: il che dimostra, secondo Widal, un certo periodo di latenza della infezione.

Sindrome emorragica precoce. — Nelle malattie infettive in genere, e nel tifo in ispecie, debbonsi distinguere, tra le sindromi emorragiche, una forma precoce ed una forma tardiva: di eccezional gravità la prima e nella maggior parte de' casi letale, assai meno temibile la seconda (Robin, Fiessinger e Weil).

La sindrome emorragica precoce nel tifo deve indubbiamente considerarsi come una anomalia nel modo d'iniziarsi del processo morboso, mentre la forma tardiva vuol essere piuttosto compresa nel novero delle complicanze. Su questa ultima adunque non è qui il luogo di soffermarci: rimandiamo senz'altro il lettore ai casi illustrati da Fiessinger, Weil, Achard, Braillon.

La sindrome emorragica precoce è caratterizzata da imponenti epistassi, da emorragie buccali, intestinali, renali, polmonari, uterine, cutanee, con stato di adinamia profonda, con decorso straordinariamente grave, con esito quasi sempre letale: è la così detta « forma putrida emorragica » degli antichi, magistralmente descritta dal Borsieri e dal Trousseau, e dipoi da Murchinson, Gehrardt, Liebermeister, Curschmann.

Talvolta le manifestazioni emorragiche, anzichè verificarsi a carico delle mucose e degli organi interni, si osservano quasi esclusivamente nella cute.

È noto che gli esantemi emorragici sono in genere assai rari nel tifo, e non si riscontrano che nell'acme (casi di Huber) o verso la fine della malattia, quale espressione di uno stato cachettico.

Curschmann invece osservò una interessante epidemia familiare di tifo, nella quale numerosi casi, di gravità media, avevano esordito con delle petecchie. Nella maggior parte di essi l'inizio della malattia era stato brusco, con brividi intensi, con febbre che di solito raggiungeva il massimo entro 24 ore, con vomiti ripetuti ed incoercibili. Fra la seconda e la terza giornata si osservava la comparsa di macchie lenticolari rosso-bluastre, specialmente in corrispondenza del torace e degli arti superiori, le quali non scomparivano con la pressione. In uno di questi casi il Curschmann notò l'eruzione di numerose vescicole a contenuto ematico. In tutte le forme

descritte dal detto autore il tifo esantematico potè essere con sicurezza escluso.

Qual'è il fattore patogenetico della sindrome emorragica nel tifo?

Il bacillo di Eberth può, di per sè solo, dar luogo ad emorragie, come dimostrò sperimentalmente il Sanarelli, e come appare nelle osservazioni cliniche del Curschmann sopra riferite. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, l'esame batteriologico del sangue ha rivelato infezioni miste, dovute alla associazione del bacillo tifico con lo stafilococco (Nicholls e Learmouth, Cecconi), con lo staffilococco ed il *bacterium coli* (Ettinger), col bacillo di Friedlaender (Székacs), con enterococchi (Poisot).

D'altra parte fu da alcuni autori negata ogni importanza ai microrganismi associati, ed ammessa invece una maggior virulenza del bacillo tifico, isolato, in varî casi, in cultura pura (Samohrd).

Griesinger pensa a fenomeni degenerativi del miocardio; De Gennaro ad alterazioni delle pareti vasali, specie nel sistema dei capillari. Robin e Fiessinger invocano una discrasia sanguigna. Sironi illustra un caso, nel quale propende ad ammettere che la insufficienza surrenale abbia potuto determinare il carattere emorragico della infezione.

Io ritengo che, con molta probabilità, non possa in ciascun caso invocarsi un elemento patogenetico univoco, e che, oltre alle sopra accennate cause, la fragilità congenita del sistema vasale e fors'anco il genio epidemico non sieno del tutto estranei nella genesi di questa sindrome.

Tifo di guerra. — Il Frugoni, durante la recente guerra europea, ha rese note alcune sue osservazioni cliniche sul così detto «tifo di guerra» o «tifo da campo».

Innanzi tutto va distinto, nota opportunamente questo autore, il genuino tifo da campo in quanto si svolge in soggetti immediatamente spedalizzati e tenuti immobili per tutto il periodo della malattia, dal tifo che si osserva negli spedali lontani dalla fronte, in soldati sottoposti ai disagi di successivi sgomberi dall'uno all'altro ospedale.

L'opinione concorde di molti osservatori, circa la maggior gravità che suole assumere il tifo in guerra, è dal Frugoni confutata, in quanto essa si fonda sopra una casistica inadatta, qual'è quella che può raccogliersi negli spedali di riserva, ove gli infermi giungono dopo numerosi trasporti dall'una all'altra formazione sanitaria, e dopo aver subìto i danni inerenti non già alla infezione per sè, bensì alle sfavorevoli condizioni di ambiente. Nel genuino tifo di guerra, per contrario, in quello cioè nel quale non intervengono fattori estranei alla malattia, capaci di recar danno, il Frugoni non ha riscontrato nè maggior gravità di decorso, nè mortalità più elevata, in confronto di quanto osservasi nelle forme ordinarie della infezione tifica.

Suole il tifo, al campo, esordire in maniera ben diversa da quella comune, caratterizzata cioè da una febbre progressivamente crescente, senza speciali localizzazioni nel periodo iniziale. Manca anzitutto, o almeno sfugge ad ogni osservazione, il periodo prodromico. La malattia s'inizia bruscamente, e, spesso, con alcune manifestazioni collaterali, per cui è facile l'errore diagnostico con le forme reumatiche, con l'influenza, e, in genere, con le affezioni acute dell'apparecchio respiratorio.

Due forme principalmente, dal punto di vista pratico, distingue il Frugoni nell'esordio tifoso: la forma bronchitica e la forma reumatica.

Nella forma *bronchitica,* in luogo della consueta e lieve sintomatologia bronchiale, gli infermi presentano i segni di una intensa bronchite diffusa, talchè il quadro clinico simula perfettamente il catarro bronchiale acuto febbrile. Questa *impronta bronchitica iniziale* del tifo di guerra fu anche riscontrata in Libia, secondo quanto allo stesso Frugoni ebbe a riferire il capitano medico Villasanta.

La forma *reumatica* esordisce pure bruscamente, con febbre elevata, con algìe muscolo-articolari diffuse, rachialgie, ecc., in guisa da simulare una comune febbre reumatica.

Altro carattere posto in rilievo dal Frugoni nei tifosi al campo è che, in generale, non si verifica la caratteristica rarità del polso in relazione con la temperatura; spesso, anzi, si osserva l'opposto comportamento.

B) ANOMALIE CONSISTENTI NEL PREDOMINIO DI UN SINTOMO O DI UN GRUPPO DI SINTOMI A CARICO DI UN SOLO ORGANO OD APPARECCHIO, MENTRE RESTANO OCCULTI I SINTOMI PROPRI DELLA FEBBRE TIFOIDE.

In questo capitolo passeremo anzitutto in rassegna quelle forme, nelle quali il tifo si manifesta con imponenti localizzazioni all'apparecchio respiratorio: localizzazioni, ben inteso, inizialissime e talmente preponderanti nel quadro clinico, da non confondersi con quelle secondarie intercorrenti affezioni degli organi respiratorî, le quali così spesso, anzi di regola, sogliono comparire durante la evoluzione della febbre tifoide.

Incominciando dalle prime vie respiratorie, dobbiamo far menzione di quelle forme che vanno sotto il nome di *laringo-tifo* e di *bronco-tifo,*

per poi soffermarci a trattare in modo un po' più particolareggiato del *pneumo-tifo* e del *pleuro-tifo*.

Laringo-tifo. — Le ulcerazioni laringee nel decorso avanzato della febbre tifoide sono ben conosciute, e tutt'altro che rare; anomalia piuttosto rara è invece il riscontrarle nei primissimi giorni dell'infezione. Allorquando ciò accade (ed allora soltanto giustificasi l'appellativo di laringo-tifo), la esatta e precoce valutazione delle lesioni ulcerative in atto può fornire un prezioso sussidio alla diagnosi clinica, come nei due casi illustrati da Schmidt.

Trattavasi, nel primo di essi, di un'affezione febbrile a caratteri mal definiti, il cui inizio ricordava il vaiuolo. Esisteva dolor di gola con disfagia. Esaminata la laringe, l'A. riscontrò delle lesioni così caratteristiche, che potè diagnosticare una febbre tifoide. Simile a questo era il secondo caso, ma con sintomi tifosi meglio delineati.

In ambedue i casi di Schmidt le lesioni erano esclusivamente limitate all'epiglottide, che presentava un arrossamento diffuso. Il bordo libero di essa appariva ricoperto da una deposizione biancastra, a limiti irregolari e festonati, da considerarsi come il resultato di un processo di desquamazione e di necrosi degli strati superficiali. Nelle altre parti della laringe esisteva solo una alterazione catarrale diffusa.

È da ricordare anche il caso di Barlocco, nel quale, fino dai primi giorni della malattia, si manifestarono sintomi nettamente ed esclusivamente localizzati alla laringe. Il decorso ulteriore del morbo e l'esame batteriologico del succo splenico dimostrarono l'origine tifica dell'infezione.

Talvolta, nel decorso di queste forme, possono esplodere gravi fenomeni di laringostenosi, reclamanti l'intervento chirurgico (caso di Galliard).

Bronco-tifo. — Ne abbiamo già fatto cenno a proposito della « forma bronchitica » descritta dal Frugoni nel tifo da campo: forma che s'inizia, come notammo, con una imponente ed unica localizzazione bronchiale, ben diversa clinicamente dalla comune e leggiera bronchite secca, che suole di regola intrecciarsi, fin dal periodo iniziale, con la coorte degli altri sintomi tifosi.

Oltre che fra i soldati al campo, il bronco-tifo si osserva con una certa frequenza nell'età infantile.

In un tifoso di sette anni Albarel riscontrò una sintomatologia toracica così tumultuosa e grave, in confronto con gli scarsissimi fenomeni addominali, da essere indotto a sospettare una tubercolosi acuta: ma dopo due mesi di malattia si verificò la rapida regressione dei fenomeni bronchiali, con esito in guarigione.

Pneumo-tifo. — La polmonite è una complicanza abbastanza frequente, che di solito si manifesta nel periodo di stato delle più gravi forme di tifo, specie negli infermi con spiccata tendenza al sopore ed al coma.

Per pneumo-tifo, invece, intendiamo quella particolare ed anomala forma di febbre tifoide, nella quale una sindrome esclusivamente pneumonica, insorta « d'emblée », simula l'abituale inizio di una polmonite fibrinosa genuina.

Non devesi adunque qualificare per pneumo-tifo ogni affezione polmonare complicante la febbre tifoide, nè, come vorrebbe Busquet, ogni polmonite lobare da bacillo di Eberth, la quale si manifesti in qualsivogia periodo della malattia; e vanno del pari escluse tutte le congestioni polmonari e tutte le broncopolmoniti a sintomatologia pseudo-lobare.

Il vero pneumo-tifo, inteso nel senso ristretto sopra accennato, è rarissimo: Fraenkel, in 9 anni e su oltre 500 casi di tifo, lo riscontrò soltanto 6 volte. Meno raro è nell'età infantile (Parrot); talvolta lo si osservò con una certa frequenza in rapporto, a quanto sembra, col genio epidemico (Gerhardt, Wagner, Banti). Le prime descrizioni che se n'ebbero sono dovute a Chomel e a Dielte (1855); seguirono poi le osservazioni di Gerhardt, Potain, Kremer, Lepine, Stokes, Griesinger, Wagner, ecc.

Possiamo distinguere tre varietà cliniche di pneumo-tifo:

a) *All'inizio la polmonite domina il quadro morboso; successivamente compaiono i sintomi caratteristici del tifo, mentre vanno attenuandosi i fenomeni a carico dell'apparecchio respiratorio.*

Eccone alcuni esempi:

Un uomo di 32 anni si ammala improvvisamente, in periodo di pieno benessere, con febbre alta e con dolore puntorio al torace, offrendo la sintomatologia tipica della polmonite lobare, se si eccettui l'assenza del soffio bronchiale. Dopo otto giorni compare la roseola, si nota uno stato tifoso pronunciato, diarrea fetida e persistente, tumore di milza con tutto l'insieme dei sintomi addominali. Prova di Widal positiva; isolamento del bacillo di Eberth dal succo polmonare (caso di Bruhl).

In una bambina la malattia esordisce con dolore puntorio addominale, per cui dapprima si suppone un'appendicite. Si trattava invece di una polmonite, alla quale fece seguito una febbre tifoide con andamento regolare (Hutinel).

Un bambino si ammala con tutti i sintomi del-

la polmonite lobare. Si aspetta al settimo giorno la crisi, che non avviene, mentre segue una tifoide comune (Hutinel).

Altri sei casi consimili furono osservati da Hutinel, tutti con esito favorevole.

b) *Fino dall'inizio coesistono i sintomi polmonari e quelli generali della infezione tifica.*

Esempio: un soldato di 22 anni è còlto da brivido con febbre alta, cefalea intensa e dolore puntorio alla base di sinistra. Esistono tutti i segni fisici di una polmonite lobare; però si nota con sorpresa una caratteristica roseola, che induce a praticare la sierodiagnosi (positiva all' 1 : 250). Nella successiva evoluzione della malattia si riscontrano tutti i sintomi propri del tifo, sebbene attenuati, e, per così dire, mascherati dalla preponderante sindrome polmonare. La emocultura diede sviluppo al bacillo di Eberth associato al pneumococco di Talamon-Fraenkel (Busquet).

c) *Tutta la malattia è dominata dalla polmonite, mentre passano inosservati od appena apprezzabili i sintomi tifosi.*

Esempio: un infermo entra all'ospedale in quinta giornata di polmonite, e viene a morte nel 19° giorno di malattia. Oltre alla epatizzazione grigia del polmone, si riscontrano, alla necroscopia, la tumefazione e la ulcerazione delle placche del Peyer (Chomel).

La diagnosi differenziale tra polmonite lobare e pneumo-tifo è sempre assai ardua, e, in alcuni casi, impossibile all'inizio, specie allorquando i sintomi tifosi, in mezzo al quadro tumultuario della sindrome pneumonica, fanno completamente difetto. Nè, se pur venga fatto di pensare all'infezione tifica, può recare alcun lume la ricerca sierodiagnostica, la quale, com'è noto, suole per tutto il primo settenario resultar negativa. L'emocultura ha invece grande valore fin dall'inizio, e non dovrà trascurarsi ne' casi dubbi.

In generale è buon criterio clinico il ricordare che, nel pneumo-tifo, soltanto il dolore puntorio insorge bruscamente, laddove, con una accurata indagine anamnestica, si riesce spesso (non sempre) ad accertare che i fenomeni toracici furono preceduti da un certo periodo prodromico di abbattimento e di malessere. Inoltre, insieme con i sintomi polmonari, si apprezzano di regola segni di catarro bronchiale; la curva termica suole ascendere meno rapidamente che nella polmonite franca (Lucatello); l'esame del sangue rivela una leucopenia.

A malattia alquanto inoltrata, riesce più facile l'orientamento diagnostico; ed ove compaiano le roseole, l'abbattimento ed il sopore, la relativa rarità del polso, il tumore di milza, s'imporranno senza più la prova di Widal e l'emocultura, a stabilir con certezza la diagnosi clinica.

La prognosi è grave. Sebbene negli otto casi di Hutinel (tutti osservati in bambini) l'esito fosse favorevole, tuttavia la maggior parte degli autori notano una mortalità di circa il 50 %.

Nel riguardo della etiologia, due sono le opinioni sostenute dagli osservatori. Secondo alcuni il pneumo-tifo sarebbe dovuto esclusivamente al proceso tifoso, cioè alla localizzazione del bacillo di Eberth nel polmone (Gerhardt, Griesinger, Rokitansky, Homolle, Lépine, Grasset, Potain, Bruhl, Achard e Castaigne); secondo altri invece si tratterebbe di due distinte infezioni, determinate dalla simbiosi del bacillo di Eberth col pneumococco di Talamon-Fraenkel (G. De Mérignac, Castex, Cadet De Gassicourt, Polguère, Netter, Brouardel e Thoinot, Chantemesse, Widal).

Sta il fatto che, nella maggior parte dei casi di pneumo-tifo o di polmoniti complicanti il tifo, nei quali furono eseguite ricerche batteriologiche sull'escreato o sul succo polmonare, il bacillo di Eberth fu ritrovato in concomitanza con altri germi, per lo più con diplococchi, talora anche con streptococchi o staffilococchi (Iehele, Tollemer, Hoffmann, Fraenkel, Potain, Anestamoff, Harlinski, Lucatello, Stuhlern, Dieudonné, Iaeger, Busquet, ecc.). Ardin-Delteil e Rimbaud, in un classico caso di pneumo-tifo, nel quale per parecchi giorni la sindrome toracica parve predominante, isolarono dall'escreato un *bacterium coli*.

Vero è che in alcuni casi il bacillo tifico venne isolato in cultura pura dal succo polmonare (Foà e Bordoni Uffreduzzi, Maragliano, Chantemesse e Widal, Bruhl, Achard, Mya e Belfanti, Guyot, Rubino, ecc.); ma, considerando l'estrema labilità del pneumococco, potrebbe obbiettarsi, specie nelle osservazioni fatte a malattia inoltrata, che l'azione patogenetica del bacillo di Eberth sulla localizzazione polmonare ci lascia alquanto dubbiosi. E lo stesso Chantemesse, sebbene ammetta la presenza del bacillo tifico nel polmone (egli con Widal, per i primi, ne dettero la dimostrazione), sostiene peraltro che questo germe non è capace di determinare una polmonite fibrinosa, ma tutt'al più la congestione e la splenizzazione del polmone. In quei casi poi, nei quali la cultura del succo polmonare aveva dato bacilli tifici allo stato di purezza, la contemporanea inoculazione nel sorcio determinò la morte per infezione pneumococcica. Di guisa che Chantemesse qualifica il pneumo-tifo come « una polmonite ordinaria che si svolge su di un terreno che ha subìto l'invasione tifosa ».

Ad analoga conclusione hanno condotto le ricerche di Hutinel, il quale ammette nel pneumotifo la esistenza di due setticemie, di cui or l'una or l'altra prepondera, a seconda dei casi o del periodo di evoluzione del processo morboso.

Pleuro-tifo. — Col vero e genuino pleuro-tifo (assai raro) non vanno confuse quelle pleuriti che si manifestano nel decorso della febbre tifoide, per lo più nell'ultimo periodo (Charrin e Roger, Fernet, Dineur, Weintrand, Ménétrier, Achard, Remlinger, Sacquépée), ovvero durante la convalescenza (Loriga e Pensuti, Warburg, Remlinger, Siredey, Dopter).

Noi riserviamo la denominazione di pleuro-tifo per quelle sole forme, nelle quali la flogosi pleurica segna clinicamente l'inizio della malattia, come nei quattro casi di Remlinger ed in uno di mia osservazione, recentemente pubblicato (Mondolfo: « Contributo alla conoscenza del pleuro-tifo ». *Il Policlinico*, Sez. Medica, fascicolo 5°, 1919).

La pleurite tifosa può in rarissimi casi manifestarsi, come dimostrarono Charrin e Roger e Klesch e Lehars, senza la concomitanza di alcuna lesione degli organi addominali: può cioè, nel riguardo anatomo-patologico, significare la localizzazione primaria ed unica della infezione eberthiana.

La sintomatologia delle pleuriti tifose non differisce, sostanzialmente, da quella delle pleuriti d'altra natura. L'esordio talora si rivela brusco, con violento dolore puntorio, con brividi, con rapida ascensione termica; talora invece è subdolo e senza importanti fenomeni subiettivi.

Il versamento può essere siero-fibrinoso, purulento, siero-ematico o nettamente emorragico. Possono anche osservarsi pleuriti secche. È da notare che, nelle forme purulente, non fu mai riscontrato l'edema della parete toracica (Remlinger).

L'esame batteriologico del liquido pleurico, nel caso da me osservato, rivelò la presenza del bacillo di Eberth in cultura pura, come nei casi di Loriga e Pensuti, Charrin e Roger, Fernet, Weintrand, Achard, Remlinger, Dopter.

Più frequentemente il bacillo tifico fu trovato nel liquido pleurico in associazione con staffilococchi e con streptococchi (Stintzing, Meoni), ovvero con staffilococchi e con pneumococchi (Leube, Fraenkel). In alcuni casi le culture del liquido pleurico rimasero sterili (Levi, Vincent).

Dopo le forme atipiche con localizzazioni all'apparecchio respiratorio, dobbiamo far menzione di quelle anomalie, per le quali la sindrome morbosa s'inizia e si svolge con sintomi esclusivamente inerenti ad organi dell'addome, nel completo silenzio dei fenomeni generali propri della infezione tifica: intendo parlare della tifoide simulante l'imbarazzo gastrico acuto febbrile, del così detto appendiculo-tifo, della colecistite eberthiana precoce e del nefro-tifo.

Tifoide simulante l'imbarazzo gastrico acuto febbrile. — La malattia s'inizia bruscamente con brividi, febbre elevata, cefalea, anoressia; vi è fetore dell'alito, e la lingua appare ricoperta da una spessa patina biancastra. Il decorso è talvolta assai abbreviato (8-10 giorni), e mancano i sintomi generali tifosi; talchè la diagnosi differenziale col semplice imbarazzo gastrico febbrile non sarebbe possibile, ove le indagini batteriologiche e sierodiagnostiche non rivelassero la natura dell'affezione (osservazioni di Villelmin, Hérard, Gueneau De Mussy).

In altri casi la sindrome gastrica occupa solo il primo periodo della malattia, mentre in secondo tempo compaiono i sintomi tifosi.

Nikitine ha riferito una serie di casi, nei quali osservò inizio brusco con rapida elevazione termica (39°-40°), con nausee e vomiti incoercibili. Tra il primo ed il secondo settenario comparivano il tumore di milza, la roseola, lo stato tifoso; cessavano allora i vomiti, e la febbre tifoide si svolgeva con i suoi normali caratteri.

Una osservazione analoga è riferita da Luschi.

Appendiculo-tifo. — Può talora la febbre tifoide iniziarsi con una classica sindrome appendicolare, in mezzo alla quale si occultano i fenomeni generali della infezione tifica.

L'appendice vermiforme è oltremodo ricca di tessuto linfatico: si comprende quindi facilmente la frequenza con cui si localizzano in essa le lesioni del processo tifoso, che, com'è noto, predilige gli organi linfatici.

Pur tuttavia importa notare come non tutti i casi con lesioni dell'appendice dieno luogo necessariamente all'attacco appendicolare: che anzi tale evento è assai raro. E, d'altra parte, può la sindrome appendicolare insorgere all'inizio del tifo, quanto mai intensa e conclamata, senza concomitanti lesioni anatomiche dell'appendice.

Gli errori diagnostici cui ha dato luogo la sindrome appendicolare nel tifo, ne' quali incorsero pur clinici insigni, meritano di esser qui ricordati.

Osservazione di Maurange (1899): un giovane di 26 anni, dopo tre giorni di stipsi ostinata, è colto da brividi e da febbre alta. In seguito alla somministrazione di un purgante compaiono vomiti biliari con violenti dolori colici, singhiozzo ed evidenti sintomi appendicolari. Si interviene chirurgicamente, estirpando un'appendice cronicamente infiammata, ma senza alterazioni flogistiche in atto. Persiste la febbre,

e la malattia decorre con i caratteri della setticemia eberthiana. Prova di Widal positiva.

Osservazioni di Moizard (1899):

1ª) Bambina di 12 anni, ammalatasi con febbre, brividi e dolori colici con tipica localizzazione appendicolare. All'8º giorno compare una eruzione di roseola, e si diagnostica il tifo.

2ª) Ragazzo di 12 anni, con netti fenomeni appendicolari all'inizio, dipoi rapidamente attenuatisi e seguiti da un tifo normale.

3ª) Inizio simile a quello dei casi precedenti. Qui però l'errore diagnostico persistette a tale segno da far eseguire la laparotomia: l'appendice era integra.

Osservazione di Rendu (1901): ragazza di 29 anni; brivido, febbre alta, dolore vivo nel punto di Mac-Burney con imponenti sintomi peritoneali. All'atto operatorio non si riscontrano nè segni di peritonite nè aderenze. L'appendice, arrossata ma libera, viene tolta. Nella cavità appendicolare si trova un coagulo sanguigno; la mucosa è congesta, turgida, violacea. L'ammalata muore dopo 23 giorni di degenza nell'Ospedale, senza aver mai presentato il quadro clinico del tifo. All'autopsia però si riscontrano le lesioni tifose, quanto mai caratteristiche. La prova di Widal era resultata positiva.

Osservazione di Sonnenburg (1902): un uomo di 32 anni si ammala improvvisamente con alta febbre preceduta da brividi, e con violenti dolori nella regione ileo-cecale. Non tumore di milza, nè roseola; sensorio lucido. Operazione: si riscontra, in prossimità del cèco, un'ulcera tifosa che aveva dato luogo a perforazione, con aderenze consecutive. Sierodiagnosi positiva pel tifo.

Osservazioni di Kelly e Hurdon (1905):

1ª) Una « nurse » di 23 anni, durante il suo servizio, è presa da violenti dolori addominali, con nausee e vomiti. Temp. 41º. Pareti addominali tese; forte meteorismo. Si diagnostica una appendicite acuta perforativa e si opera d'urgenza. L'appendice è di aspetto perfettamente normale. Segue un tifo classico, che si svolge in 5 settenari, con esito in guarigione.

2ª) Bambino di 8 anni; presenta vivo dolore nella fossa iliaca destra, con difesa muscolare evidente. Temp. 40º. Operazione: appendice non infiammata. Segue una febbre tifoide con decorso normale. Prova di Widal positiva.

3ª) Un medico di 27 anni aveva presentato da qualche tempo ripetuti attacchi ritenuti appendicolari. Dopo alcune settimane il dolore si localizzò nettamente nella fossa iliaca destra. Operazione: appendice aderente al cèco, ma senza traccia di infiammazione recente. Sei giorni dopo comparvero la roseola, il tumore di milza, le enterorragie. Esito letale.

Osservazione di Lejars (1906): una giovane donna soffriva da tre giorni di dolori localizzati nella regione appendicolare. Temp. 38º.5; polso frequente, nausea. Laparotomia: appendice piccola, libera da aderenze, di aspetto normale. Seguì una classica febbre tifoide.

Parecchi altri errori diagnostici di simil genere trovansi citati da Coulomb nela sua tesi, molti dei quali condussero ad inopportuni interventi chirurgici.

E Guinard, passando in rassegna i varî agenti etiologici che possono dar luogo a crisi appendicolari, richiama appunto l'attenzione sul tifo. Egli giustamente osserva che se, nelle appendiciti acutissime con esito in perforazione, si usasse praticare sistematicamente la sierodiagnosi, si riconoscerebbe, forse assai spesso, trattarsi di tifo ambulatorio. Così avvenne nel caso illustrato da Bertolini (1913), nel quale ebbesi il quadro clinico di una peritonite da perforazione per appendicite o tiflite ulcerosa: trattavasi invece di una forma ambulatoria di tifo, con perforazione di un'ulcera in prossimità della valvola ileo-cecale.

Dai casi riferiti, e da parecchi altri che potremmo ancora citare, emerge chiara la distinzione tra vere *appendiciti tifose* e forme di febbre tifoide esordiente con sintomi appendicolari, senza reali alterazioni anatomiche dell'appendice vermiforme: *pseudo-appendiciti* queste ultime, le quali sicuramente esistono, checchè ne pensi Cicaterri, che ad una tal distinzione nega valore, ed ammette nella maggior parte dei casi la esistenza di un substrato anatomico.

Io ritengo che questa distinzione, già stabilita da Lejars, debba esser mantenuta, perchè risponde a realtà: ne fanno testimonianza alcune delle osservazioni sopra riferite, dalle quali resultò la perfetta integrità dell'appendice (3º caso di Moizard, casi 1º e 2º di Kelly e Hurdon, caso di Lejars).

Che poi la distinzione tra vero e proprio appendiculo-tifo e febbre tifoide simulante all' inizio l'appendicite (senza lesioni infiammatorie appendicolari in atto) abbia un reale valore in pratica, non oserei affermare. Nell'uno come nell'altro dei due casi, ove sia diagnosticato o sospettato il tifo, la condotta terapeutica vuol essere prudentemente aspettante. Nel caso, infatti, di vera appendicite tifosa la flogosi suole spontaneamente regredire, e solo eccezionalmente mostra tendenza perforativa; nel caso poi di pseudo-appendicite non è necessario spender parole per dimostrare la inutilità ed il grave rischio dell'intervento chirurgico nei tifosi. Questo là solo è giustificato, dove l'avvenuta perforazione del-

l'intestino reclami un estremo tentativo per la salvezza dell'infermo.

Ma soprattutto importa — tal'è, del resto, lo scopo supremo di ogni indagine clinica — lo stabilire una precoce diagnosi: còmpito tutt'altro che facile, anche perchè, all'inizio del tifo, manca l'ausilio sierodiagnostico, nè il reperto della emocultura riesce costantemente probativo. Ecco tuttavia alcuni utili criteri differenziali, che desumiamo specialmente dai lavori di Rendu e di Lejars:

Depongono per il tifo, e contro la comune appendicite, la localizzazione non molto netta del dolore nella fossa iliaca destra, la mancanza di una vera e propria tensione della parete addominale, il polso piuttosto raro in relazione con la elevatezza della temperatura, la cefalea, lo stato stuporoso, la albuminuria, il tumore di milza.

Riguardo al dolore, meritano speciale menzione alcuni rilievi semeiotici. Nelle appendiciti comuni esso è fisso, ed ha il suo massimo d'intensità nel punto di Mac-Burney o nella immediata vicinanza di questo; è un dolore spontaneo, non provocato soltanto con la palpazione. Inoltre la parete addominale è oltremodo tesa e rigida (difesa muscolare). Nell'appendiculo-tifo, invece, più che un dolore fisso, esiste una sensazione dolorifica vaga, meno determinata, più diffusa, più mutevole per sede.

Importante è l'esame del sangue: una ipoleucocitosi depone pel tifo, mentre una iperleucocitosi, che persiste e si accentua con l'accentuarsi dei fenomeni locali, depone per l'appendicite. È però da notare che l'iperleucocitosi può mancare in alcune forme ipersettiche di appendicite, e può invece verificarsi nella febbre tifoide, là dove esistano complicanze infiammatorie intercorrenti. Non deve perciò al reperto ematologico attribuirsi un assoluto valore; ma il definitivo giudizio deve resultare dall'insieme di tutti i sintomi clinici.

Colecistite eberthiana precoce. — Roger e Collard, alla Riunione medica della VI armata (1915), riferirono il caso di un paziente che, fino dall'inizio di una forma infettiva, dapprima non determinata, presentò fenomeni di colecistite. Questi si attenuarono dopo una settimana, mentre si delineava un tifo gravissimo, in conseguenza del quale l'infermo soccombette. L'emocultura, praticata in vita, diede sviluppo al bacillo di Eberth. All'autopsia si riscontrarono le note caratteristiche del processo tifoso. Gli autori interpretarono il caso ammettendo che il bacillo tifico si fosse localizzato « *d'emblée* » nella vescicola biliare, prima di colonizzare nell'intestino e di infettar l'organismo.

Una osservazione ancor più singolare, perchè concernente un caso di angiocolecistite primitiva da bacillo di Eberth senza febbre tifoide, era già stata pubblicata, parecchi anni innanzi, da Longuet (1894):

Un giovane di 28 anni avverte un improvviso dolore all'ipocondrio destro; il giorno dopo compare la febbre. Non turbe intestinali, nè vomito, nè itterizia. Temp. 40°.2. Con punture esplorative si estrae dalla vescicola biliare un liquido purulento, per cui l'ammalato vien sottoposto alla colecistotomia. Si trova, anche in pieno parenchima epatico, un pus cremoso, dal quale è isolato il bacillo tifico allo stato di assoluta purezza. Il giorno seguente alla operazione l'ammalato era apiretico. In questo caso, nota l'autore, la febbre era esclusivamente dovuta alla angiocolecistite, mancando ogni fenomeno generale e locale del tifo: il bacillo di Eberth, dunque, avrebbe qui limitato la sua azione patogena alla cistifellea ed al fegato, lasciando immune l'intestino ed ogni altro organo.

Non esistono, ch'io sappia, altre osservazioni di simil genere registrate nella letteratura.

Nefro-tifo. — Si distingue dalle comuni nefriti tifose, sia clinicamente per la grande preponderanza dei sintomi renali, sia anatomicamente, in quanto le alterazioni del rene non dipendono dal puro e semplice passaggio della tossina tifica e dei singoli germi, bensì da una vera e propria colonizzazione del bacillo di Eberth nel parenchima renale.

La conoscenza del nefro-tifo è dovuta a Robin ed a Gubler, che per primi ne illustrarono alcuni casi (1878). Seguirono le osservazioni di Amat, Didion, Zègre, Homburger e Kussmaul, Weil, Rostoski, Renaut, Longuet, Mygge, Bagot, Giordano, Pissavy e Gauchery, Gouget, Lesieur, Pollitzer, Garnier e Thiers, Curschmann, Meyer. Due casi di nefro-paratifo riferì Klieneberg.

Il nefro-tifo s'inizia coi segni di una nefrite acuta emorragica, e si accompagna di regola con febbre elevata preceduta da brividi. Talvolta, nella ulteriore evoluzione della malattia, possono osservarsi macchie di roseola ed altri sintomi tifosi; ma spesso avviene che questi siено del tutto assenti od appaiano di lieve entità, in confronto delle preponderanti lesioni renali.

Caratteristica è la mancanza di fenomeni intestinali (Amat, Rostoski); in alcuni casi la milza non resultò ingrandita, o soltanto di poco (Rostoski, Curschmann, Meyer). Rari sono gli edemi, e, quando compaiono, indicano una particolare gravità delle lesioni renali. La cefalea è persistente (Marsa), e così pure il dolore nelle regioni lombari (Zimmermann). Solo eccezionalmente si stabiliscono nefriti croniche.

La diagnosi di nefro-tifo, quasi impossibile all'inizio, è oltremodo difficile anche a malattia inoltrata, qualora non si delineino i sintomi generali del quadro tifoso. È tuttavia buona regola il pensare alla infezione tifica in ogni caso di nefrite emorragica acuta, la quale s'inizi con febbre alta e con profondo abbattimento del sensorio.

Il giudizio prognostico dev'essere in generale grave, sebbene in molti casi descritti da autori tedeschi sieno menzionate guarigioni. Allorquando la malattia volge al peggio, la morte avviene per lo più con una crisi uremica, di solito nel secondo settenario.

Anatomo-patologicamente, i reni appaiono ingrossati, e dànno il reperto di una flogosi interstiziale acuta, mentre, in generale, le glandole mesenteriche ed i follicoli dell'intestino rivelano lesioni tifose appena accennate (Amat).

Forme nervose. — Il sistema nervoso è sempre colpito nella febbre tifoide, sebbene, a seconda dei casi, in grado or più or meno intenso. Nè può parlarsi di vere e proprie anomalie se non quando, fin dall'inizio della infezione, si stabilisca una sindrome nervosa ben definita e preponderante.

Di guisa che, ad esempio, nel capitolo del meningo-tifo noi non comprenderemo le meningiti tifose tardive, che così spesso complicano la febbre tifoide; e lo stesso dicasi per le forme psichiche e per tutte le altre alterazioni del sistema nervoso centrale, diffuse o a focolaio, che eventualmente insorgono durante il decorso del tifo.

(Continua).

NOTE DI TECNICA

La diagnosi batteriologica della dissenteria da Shiga

per il dott. PETRUCCI ANGELO, capitano medico.

La scarsa bibliografia italiana sulla dissenteria bacillare era una volta giustificata poichè si riteneva che tale forma infettiva, eminentemente epidemica, fosse meno frequente presso di noi.

A dir vero bisogna convenire che i pochi studiosi che hanno trattato l'argomento non si sono preoccupati di indagare sulla portata epidemiologica della dissenteria bacillare, tanto che gli stessi medici delle regioni dove immancabilmente ogni anno appare tale malattia (Valtellina, Agordino, Cadore, Comelico, basso Bellunese, Trevigiano, Vicentino, ecc.) attribuivano a ben altre cause che la bacillare, la natura di questo male che, non bisogna nasconderlo, miete le sue vittime specialmente tra i bambini ed i vecchi.

La guerra ci ha fatto conoscere in tutta la sua realtà la portata di questa forma infettiva in rapporto ad estese zone del nostro territorio.

L'organizzazione della profilassi castrense ci ha dato modo di studiare a fondo questo capitolo importante dell'epidemiologia e della batteriologia.

Il prof. Levi Della Vida ha dato in proposito un contributo importante; ma è da sperare che altri ancora se ne occupi per cercare di bonificare le zone infestate tutti gli anni da questa malattia.

Gli scarsi risultati batteriologici che si ebbero nel primo anno di guerra si dovettero senza alcun dubbio, alla deficiente pratica batteriologica che si aveva in proposito, aggravat dall'immenso lavoro dei Laboratorî castrensi.

Appunto all'occasione di aver avuto tempo sufficiente per studiare i primi casi di una epidemia (Comelico, settembre 1916), devo il piacere di aver isolato lo Shiga quando altri non ancora erano riusciti, in altre località, a determinare la natura di quella forma dissenterica.

L'occasione poi di seguire e studiare batteriologicamente due altre epidemie [Comelico, 1917; Zona di Lanzè (Vicentino); ricoverati presso l'Ospedale infettivi 242, estate 1918] mi hanno permesso di semplificare e perfezionare la tecnica e, quello che più interessa, di rendere rapida la diagnosi, ciò che costituisce una assoluta necessità durante una epidemia.

Dai protocolli dei Laboratorî che ho diretto durante la guerra risultano 1233 ricerche sulla dissenteria bacillare con risultati positivi nell'ultima epidemia dell'80 %.

***

Per quanto non sia oggi risolta per tutti i casi a sindrome dissenterica l'incertezza che fino a non molti anni fa ha regnato sulla batteriologia, pure possiamo dire che nella massima generalità dei casi i germi determinanti tale malattia sono ben noti e la tecnica per la ricerca di essi molto semplificata.

Nell'epidemiologia della dissenteria, esclusa la forma amebica che da noi non si osserva se non in via eccezionalissima e sempre perchè importata, devono essere prese in considerazione le forme bacillari che i trattatisti riuniscono in due gruppi:

1°) bacilli tossici;
2°) bacilli atossici.

Al primo gruppo, detto anche dei bacilli non acidogeni per il comportamento verso la mannite,

appartiene il tipo Shiga-Kruse, al secondo, detto anche degli acidogeni, il Flexner, l'Hiss e lo Strong.

Presso di noi si può senz'altro dire che l'agente di gran lunga più comune è lo Shiga-Kruse tanto nelle epidemie, quanto nei casi sporadici.

Per ciò che riguarda la forma amebica devo dire che in tutto il periodo di guerra non mi è occorso di vederne che un sol caso in un soldato proveniente dalla Macedonia deceduto per ascesso del fegato.

Dei numerosi casi capitatimi in esame due sole volte mi è accaduto di isolare il Flexner, di cui uno in un prigioniero di guerra. Tutti gli altri furono da Shiga. Ultimamente nel sud-Tirolo isolai due Hiss.

Le ricerche sono: la culturale e la sieroagglutinante.

La prima deve essere eseguita assolutamente su fiocchetti di muco o su cenci di mucosa.

Casuale, ed estremamente difficile, riesce il reperto in feci senza muco anche quando, come ho visto presso alcuni Laboratorî, si voglia arricchire le feci in bile (???). Ciò deve tenersi presente per l'inutilità della ricerca in presunti portatori.

Aggiungo di più: la ricerca dei bacilli dissenterogeni diventa sempre più problematica quando la malattia è in periodo avanzato, quando cioè la flora del colon è tale e tanta da sopraffare la vitalità dello Shiga. La stessa cosa accade quando la malattia assume caratteri clinici gravi per un vero processo di difteria del colon.

Lavato ripetutamente un fiocchetto di muco in un mezzo sterile, si depone questo su di una piastra pronta per la semina e con una spatola Drigalski si schiaccia. Si insemenzano non meno di tre scatole secondo la comune tecnica.

Per economia di terreno e di scatole, specialmente quando in Laboratorio affluiscono numerosi i campioni di feci, depongo il fiocchetto di muco anzichè sul terreno, sulla faccia interna del coperchio della scatola e pratico il primo striscio su questa ed il secondo sul terreno. Lo stesso fo con la seconda scatola in modo che sulla superficie del terreno della seconda scatola ottengo colonie perfettamente isolate e molto dimostrative.

L'uso del Drigalski, con o senza cristal violetto, mi risulta superfluo, ciò che costituisce un forte risparmio di tempo per la preparazione del terreno.

All'agar comune al 3 %, alcalino alla fenolftaleina, aggiungo l'1.50 % di lattosio e di mannite. Al momento dell'uso fo liquefare l'agar così preparato e quando la temperatura è ridiscesa a circa 60 gradi aggiungo la tintura di laccamuffa, che io tengo sterilizzata, fino ad ottenere un bel colorito bleu. Tale procedimento mi è stato consigliato dalla pratica poichè alcune volte accade che sterilizzando il terreno dopo l'aggiunta di laccamuffa l'agar perde il suo colorito bleu.

Con questo terreno uso contemporaneamente l'Enolo. Sistematicamente uso una scatola di Enolo (1ª scatola) ed una dell'agar lattosato mannitato che ho descritto. Anche per l'Enolo, per economizzare tempo, tengo preparata in Laboratorio una miscela di lattosio e fucsina, ben commista, in questa proporzione:

Lattosio gr. 150, mannite ana.
Fucsina gr. 5.

Per ogni 100 cc. d'agar al 3, fuso al momento di versarlo nelle scatole, aggiungo gr. 3.05 di tale miscela. Agito fino a che il lattosio e la mannite siano completamente sciolti e tutta la massa abbia assunto uniforme colorito rosso della fucsina. A questo punto aggiungo agitando una soluzione di solfito di sodio al 10 % in acqua sterile fino ad ottenere una lieve tinta carnicina. Poi verso in piastra. Il terreno raffreddato è incolore.

Una volta versati i terreni nelle scatole, appena solidificati, capovolgo le piastre e le metto in stufa a 70° per una mezz'ora. In tal modo, poichè io sono solito rivestire il coperchio delle scatole internamente con carta bibula, ottengo la superfice del terreno ben asciutto, ciò che è di capitale importanza, per evitare che le colonie si allarghino e si fondano con le vicine. Raffreddate le scatole sono pronte per l'uso.

Eseguita la semina nel modo che ho detto prima, dopo 20–24 ore a temperatura di termostato si procede alla pesca.

Le piastre così sviluppate sono meravigliose.

Su entrambi i terreni si escludono senz'altro le colonie arrossate. L'uso della mannite riduce al minimo le colonie incolori e si può dire che in caso di Shiga, solo queste, o pochissime altre, risultano fra le arrossate. Questi terreni naturalmente non sono da usarsi per la ricerca degli altri germi dissenterici, gli acidogeni, per i quali è necessario escludere la mannite. Ma, trattandosi di epidemia dichiarata da Shiga, l'uso di essi facilita enormemente la ricerca.

Le piccole colonie date dallo Shiga, specialmente sull' Enolo, hanno un particolare riflesso violaceo appena accennato che non le fa sfuggire all'occhio esercitato.

Nell' insieme dette colonie dopo 20–24 ore di sviluppo hanno i caratteri di quelle del tifo: grandi quanto la testa di un piccolo spillo, rotonde, a limiti ben netti, delicate, non del tutto trasparenti.

Si procede quindi alla pesca di esse e si pratica l'agglutinazione d'orientamento.

Trattandosi di una epidemia dichiarata di cui si sia conosciuto l'agente nella generalità dei casi a questo punto si può far diagnosi.

Siamo alla 24ª ora dall'insemenzamento.

Su di un vetrino porta, preso fra le branche di una Cornet, depongo alcune gocce di immunsiero agglutinante diluito 1 : 20–1 : 50 a seconda del titolo del siero. Anche le diluizioni 1 : 100 possono servire allo scopo. Bisogna tener presente che in genere i sieri dissenterico–agglutinanti non hanno titoli elevati come quelli del tifo e del colera.

Con l'ago di platino asporto parte della colonia sospetta che sospendo rapidamente in una delle gocce sopra indicate.

Se trattasi di germi corrispondenti all'immunsiero rapidamente avviene l'agglutinazione ad ammassi evidenti ad occhio nudo.

Il fenomeno è elegante e dimostrativo.

Dirò che tale pratica, detta agglutinazione di orientamento, non è usata in tutti i Laboratorî, ed io lamento il fatto.

Può accadere, caso raro, che l'agglutinazione avvenga lentamente e con fiocchetti minuscoli. Se trattasi di Shiga, ulteriori controlli mi risultano inutili. Ad ogni modo, volendo essere rigorosi, della stessa colonia si fanno trapianti in agar semplice e in brodo mannitato con laccamuffa. 18-20 ore dopo si ha il controllo della mannite la quale, se non è stata acidificata, deporrà per lo Shiga.

Con la pratica dell'insemenzamento in agar si ripeterà prima l'agglutinazione di orientamento e poi quella con diluizioni varie non inferiori al terzo del titolo limite del siero.

In tal modo si hanno due prove decisive: l'agglutinazione specifica e la fermentazione della mannite.

Siamo alla quarantesima ora dell'insemenzamento delle feci.

Può accadere che l'agglutinazione di orientamento non si verifichi pur essendo bacilli e siero corrispondenti.

Due sono le ragioni che possono giustificare il fatto invero molto raro:

1º) Il germe di recente isolato;

2º) Il siero vecchio.

Il primo caso, trattandosi di Shiga, ripeto, è rarissimo. Il prof. Levi ha avuto occasione di constatarlo.

Se il siero è vecchio, molto vecchio deve essere, esso può non agglutinare per presenza di proagglutinoidi.

In questa ultima eventualità si ovvia saggiando il siero e nel caso si scarta e lo si usa per agglutinazioni complete.

Se trattasi di germe che non agglutina ma che non arrossa l'agar mannitato si fa il solito trapianto in brodo mannitato e su agar semplice e l'indomani si ripete l'agglutinazione.

Comunque non oltre la 48ª ora la diagnosi è fatta. L'enorme numero delle ricerche, parecchie centinaia, praticate nel mio Laboratorio, mi hanno dato la sicurezza di tale rapidità diagnostica.

Era questa appunto la preoccupazione maggiore poichè all'affollante numero di esami si aggiungeva la necessità di una rapida diagnosi per ovvie ragioni profilattiche.

Nell'epidemia dell'estate del 1918 al metodo avanti descritto ho cercato di accoppiare il metodo Bandi della agglutinazione allo stato nascente.

Ho praticato questi due esami parallelamente in 100 ricerche.

I risultati furono soddisfacentissimi.

La tecnica usata fu la seguente: tubo di vetro a fondo conico. Una comune provetta tirata alla fiamma. Cinque centimetri cubici di brodo comune più alcune gocce di siero agglutinante per lo Shiga in diluizione 1 : 10 in modo da avere nel brodo un siero diluito non meno del terzo del titolo limite, calcolando i cinque centimetri di brodo pari a mille gocce.

Un fiocchetto di muco, ripetutamente lavato in mezzo sterile come nella tecnica dell'insemenzamento su piastre, si schiaccia contro la parete del tubo bagnandolo ripetutamente nel brodo-agglutinante.

Lo si immerge in questo e si agita.

Termostato per 20 ore al massimo.

Con una pipetta sottile, tirata per lo scopo, si pesca al fondo del tubo, un po' di brodo da farne una goccia pendente. Osservazione al microscopio.

Fra numerosi germi spiccano delle caratteristiche masse di germi agglutinati.

Il reperto non ammette dubbia interpretazione tanto più che in tali casi ho avuto la conferma culturale.

L'osservazione si può fare anche dopo dodici-quattordici ore.

Vi è l'inconveniente che non si ha il germe per altri controlli.

Si può però insemenzare su brodo o su agar mannitato una ansata del brodo prelevato dal fondo della provetta e facilissimo riesce l'isolarlo.

Come si vede dunque anche il metodo Bandi ci conduce ad una rapidissima diagnosi. Esso merita che si diffonda.

A titolo di controllo ho provato con le stesse feci ad usare brodo con sieri agglutinanti pel tifo e per il colera.

Costantemente ho ottenuto risultati negativi. Tali controlli ammontano a 30. Non mi sono cu-

rato farne di più, poichè il fenomeno è specifico ed avviene a diluizioni di siero alquanto elevate.

Nei periodi in cui ebbi gli ammalati sotto mano, reparti infettivi O. C. 039 ed O. C. 242, volli praticare anche l'agglutinazione con i sieri degli ammalati.

A tale scopo in molti usai ceppi di Shiga isolati dagli stessi infermi.

I risultati ottenuti non furono molto confortanti poichè in alcuni casi il reperto siero-agglutinante fu negativo anche ripetuto tre volte a distanza di dieci giorni in casi di reperto bacillare.

Le prove nelle feci agglutinanti furono in numero di 70. In alcuni casi, a reperto bacillare negativo, ottenni positiva la prova agglutinante. Di qui il valore relativo della siero-agglutinazione, in quanto se negativa non esclude una infezione dissenterica.

In tali prove mi è occorso di constatare quanto ebbe a rilevare il prof. Levi a proposito della intermittente presenza delle agglutinine anti-Shiga.

Nell'agglutino-diagnosi della dissenteria bisogna tener presente un particolare di tecnica importante e cioè il soggiorno in termostato prolungato fino a 10 ore.

Solo con tale osservazione prolungata il metodo microscopico dà risultati positivi in un maggior numero di casi. Questo ritardo di agglutinazione non è un fatto nuovo.

Mi sono occupato anche di poter stabilire la durata in circolo delle agglutinine da Shiga, valendomi delle funzioni di ufficiale sanitario esercitate in Cadore per due anni consecutivi. Posso dire che tali agglutinine scompaiono ben presto, poichè in 30 casi che avevano sicuramente superata la dissenteria, in nessuno di essi in capo a cinque-sei mesi riscontrai la loro presenza.

Riepilogando:

La diagnosi batteriologica della dissenteria oggi è grandemente facilitata. È uno dei maggiori contributi della guerra alla batteriologia.

La statistica dei Laboratorî da me diretti in occasione di epidemie ha raggiunto l'80 %.

Percentuale questa che potrebbe essere elevata al 90 % se si tiene conto che dei numerosi campioni di feci pervenuti per la ricerca dello Shiga un certo numero furono prelevati male.

La ricerca dei bacilli dissenterogeni deve essere eseguita su feci recenti e ad inizio della malattia. Esse devono essere raccolte in recipienti ben puliti e che non contengano residui di sostanze medicamentose, poichè lo Shiga, si sa, ha scarsissima resistenza non solo alla concorrenza della flora intestinale, ma anche, ed in modo speciale, ai comuni antisettici usati per enteroclisi.

È necessario quindi per il buon esito di una ricerca tener presente questi due dati di fatto.

Si è voluto da taluno infirmare la specificità dell'agglutinazione con antisieri nell'identificazione dello Shiga, ma i casi citati sono così rari che non mi pare doverne tenere gran conto nella pratica durante una epidemia.

Nei casi sospetti in tali circostanze varranno le indagini ad escludere qualche altro germe para.

NOTE CLINICHE.

Ferita dell'utero gravido all'ottavo mese.

Il caso mi è sembrato interessante per diversi rispetti e però mi son deciso a pubblicarlo.

Ai primi del mese di luglio dell'anno in corso fu portata al posto di pronto soccorso dell'Ospedale di S. Giovanni in Laterano una donna sui trentacinque anni, la quale pochi momenti prima aveva riportato alla regione epigastrica, un po' a destra della linea mediana, una ferita da cui fuoriusciva un pezzo di omento. La donna si trovava all'ottavo mese di gravidanza.

Dopo un rapido esame si decise, insieme con l'aiuto chirurgo di guardia, di operarla.

Si fecero i preparativi occorrenti e, previa legatura alla base e asportazione del pezzo di omento che fuoriusciva, si praticò una laparotomia mediana sopraombelicale.

All'apertura dell'addome ciò che colpì fu la presenza di una discreta quantità di liquido ematico: si pensò subito ad una ferita dell'utero con uscita del liquido amniotico.

Si andò in conseguenza ad esaminare direttamente l'utero e si trovò sul fondo di esso a destra della linea mediana una ferita lunga circa 3-4 centimetri, attraverso la quale si vedeva una parte fetale.

Non risultavano feriti altri visceri.

Questo il caso riferito in riassunto.

Orbene come ci si doveva comportare? Quale condotta tenere di fronte ad una lesione del genere interessante un utero gravido all'ottavo mese e con fuoriuscita di gran parte del liquido amniotico?

È questo il lato particolare e importante che tale caso presenta.

Io non ho il modo di riscontrare se nella letteratura sono riportati altri casi simili e qual'è stato il comportamento degli operatori; mi limito, perciò, a riferire ciò che da noi si è pensato e fatto.

Dico la verità che in sul principio si è rimasti un po' dubbiosi e perplessi; era la prima volta che ci si trovava davanti a un tal caso.

Passammo rapidamente in rivista ciò che si poteva fare: praticare una cesarea classica, eseguire una isterectomia, limitarsi a suturare la ferita? ecco quello che si affacciò lì per lì alla mente.

Contro la cesarea classica stavano, dico recisamente, le condizioni del collo; si trattava di una primipara e dover dilatare dopo il collo per permettere la lochiazione ci sembrò opera certamente fattibile, ma da evitarsi potendo; contro l'isterectomia si levò la ripugnanza a privare del proprio utero una giovane donna; restò, dunque, l'ultima idea, quella cioè di suturare la ferita.

Ma a seguire questa idea c'era prima da domandarsi se la gravidanza sarebbe continuata bene dato il traumatismo subito dall'utero e data più di tutto la fuoriuscita di gran parte del liquido amniotico, oppure sarebbe insorto dopo poco tempo il travaglio? e in quest'ultimo caso avrebbe tenuto più che la sutura dell'utero quella della parete addominale?

Si decise, ciò non ostante, a limitarsi a suturare la ferita dell'utero e a restare in attesa vigile.

Le cose andarono molto bene.

Dopo alcuni giorni dall'atto operativo insorsero le contrazioni uterine: dietro consiglio del primario ostetrico si praticò, a tempo opportuno, un'applicazione di forcipe per facilitare e affrettare l'espletamento del parto ed evitare così che le diverse suture risentissero danno da un travaglio un po' lungo.

Nacque un bambino vivo e vitale che la madre, guarita perfettamente, portò via soddisfatta.

27 novembre 1919.

Dott. PIETRO DE TOMMASI.

IGIENE SOCIALE.

Il problema della casa.

Al pari del disagio alimentare, il problema dell'abitazione è uno dei più assillanti in questo convulso periodo del dopoguerra. Non è a dirsi che anche in periodi antecedenti non esistesse un certo grado di sovraffollamento, limitato generalmente a grandi centri ed a determinati quartieri. Ora però il fenomeno si è acuito in modo impressionante, non risparmia le piccole città e le borgate, non si limita all'Italia, ma è diffuso in tanta parte del mondo: Francia, Inghilterra, Stati Uniti ne soffrono almeno quanto noi.

QUALCHE CIFRA.

Per dare un'idea del penoso stato di cose, esaminiamo le condizioni di due grandi città italiane: Milano e Roma. Per la prima una recente statistica dimostra che in 499,568 locali sono distribuiti 650,743 inquilini, di cui 120,472 si trovano in abitazioni sovraffollate, in cui cioè il numero degli inquilini è superiore al doppio dei locali più uno, cioè superiore p. e. a 3 per 1 locale, a 5 per 2, a 7 per 3, ecc.). Troviamo in una sola stanza 307 famiglie di 4 persone, 108 di 5, 43 di 6, 12 di 7, 4 di 8, 3 di 9, 2 di 10 persone!

Ancor peggiori sono le condizioni di Roma, dove già prima della guerra la penuria degli alloggi era grave: nel 1911 i 503,707 abitanti avevano a disposizione solo 358,587 vani, appartenenti a 79,441 abitazioni. Nè a tutte queste si poteva applicare la denominazione di alloggio, nel senso *umano* della parola, poichè figurano fra esse 122 sotterranei, 261 stalle, 1794 baracche, 1441 botteghe, 5769 piani terreni e 428 soffitte e ciò per un complesso di 44,768 abitanti. L'aumento della popolazione (circa 14,000 all'anno), la necessità di sistemare convenientemente gli individui alloggiati in abitazioni anormali e di sfollare quelli in condizioni di sovraffollamento avrebbe richiesto la costruzione di un notevole numero di vani, che si possono calcolare a circa 137,000, per arrivare al solo 1917. Invece, il numero dei vani per cui è stata *progettata* (non eseguita per tutti) la costruzione, entro tale anno arriva soltanto a 49,627. Vi si aggiungano poi altri fattori, che sfuggono alla statistica, quali l'avvento dei profughi, dei rimpatriati, la requisizione di case per uffici prevalentemente militari, le demolizioni, ecc., e si avrà un'idea delle penose condizioni di affollamento in cui devono vivere ammassate tante persone. Si comprenderà quindi quanto deve essere dilagata la gangrenosa piaga del subaffitto, di cui Roma aveva già il triste primato fra le città d'Italia; nel 1911 il numero delle persone, viventi in abitazione in comune con altri, era del 31.25 % e raggiungeva in certi quartieri della periferia il 51.51 e fino il 54.88 %.

Condizioni raccapricciantì si trovano esaminando la questione nei suoi particolari; in una statistica del Ranelletti, basata su 115 famiglie operaie, si trova che il 54.7 % di esse, con 4-9 persone ognuna, abita in una sola camera: nel 56 % di esse si avevano 2 persone per letto, ma in altre si arrivava anche a 4-5, fino ad 8 persone nello stesso letto! Probabilmente questo triste stato non è sostenuto soltanto dalla miseria, ma anche da una cattiva ripartizione di spese e dal fatto, già notato da Maxwell Williamson, che una certa classe di popolazione, ha tendenza ad abitare in alloggi più poveri di quanto comporterebbero i suoi mezzi di esistenza.

Uno stato di cose analogo si trova del resto anche in altri paesi; nella Scozia, p. e., l'8.4 % della popolazione abita in alloggi di una sola

stanza, il 40.2 % possiede due sole stanze. Sono note le agglomerazioni di catapecchie della *banlieue* parigina, in cui vivono 50 mila cenciaiuoli; i ripugnanti aspetti del sovraffollamento di Londra, le cantine umide e tenebrose che, a Berlino prima della guerra ospitavano 100,000 persone. In Pensilvania, su 36,062 famiglie, ve ne sono oltre 4000 che occupano una sola stanza, 10,134 con due, 12,708 con tre: e si noti che tali famiglie sono talvolta molto numerose, arrivando talora a nove persone e più!

DANNI E PERICOLI DEL SOVRAFFOLLAMENTO.

In tutto il mondo osserviamo dunque le stesse condizioni angosciose: dovunque si ripetono gli stessi fenomeni, quali p. e. l'intensificarsi dell'affollamento dal centro verso la periferia. Eppure, mai come ora si è sentito il bisogno di fornire a tutte le classi un'abitazione comoda ed igienica, mai come ora si è compreso che questo della casa è uno dei problemi sociali che vanno risolti con la massima larghezza di vedute.

La casa ristretta ed affollata costituisce di fatto uno dei massimi pericoli per la pubblica salute, per l'igiene, per la morale. Nelle immonde casupole agglomerate divampano rapidamente le epidemie, e vive rigogliosamente la deliquenza nelle sue forme più turpi. Evidenti e noti sono i rapporti dell'abitazione insufficiente, mal ventilata, buia, con la tubercolosi. Vi è una proporzione diretta fra tubercolosi ed alloggi di dimensioni insufficienti: il 70-80 % dei casi si trova in abitazioni di 3 stanze o meno; minore è il numero delle stanze, maggiore è la percentuale dei casi. L'ammalato poi, che ritorna dal sanatorio ritrova nella sua casa le condizioni più favorevoli per soggiacere a nuove infezioni.

Anche la lotta contro l'alcoolismo è intimamente legata alla questione dela casa: si comprende agevolmente che l'individuo, al ritorno dal lavoro, anzichè rinchiudersi nel miserabile tugurio, preferisce le stanze dell'osteria o del caffè, dove tracannando vino e liquori, si intossica in un ambiente meno disgustoso della propria abitazione.

Alla casa sporca ed insufficiente, dove tutti vivono in ributtante promiscuità, deve attribuirsi in parte l'aumento delle malattie veneree, per il conseguente rilasciamento di senso morale, che conduce anche a delitti contro il buon costume. Sulle malattie dei bambini, l'influenza dell'affollamento è chiara; la mortalità da 1 a 5 anni è del 16.6 ‰ negli appartamenti con una stanza, del 12.6 per quelli con 2, mentre discende a 7.8 per quelli con 3 ed a 3.1 per quelli con 4.

LE CAUSE.

Diversi sono i fattori che hanno condotto a questa crisi delle case, che ora è causa di grave malessere. Si è già accennato alla requisizione da parte di militari per alloggi di truppe, per uffici, ecc.; sono inoltre da mettere in rilievo: la tendenza verso l'urbanesimo, accentuatasi specialmente durante la guerra per l'effetto del richiamo della mano d'opera verso le officine, lo spostamento di molte famiglie, che conservavano l'alloggio nella residenza abituale, pur prendendone un altro in quella precaria, la sistemazione dei profughi, che in dolorosi momenti si riversarono in tutta la nazione, un maggior bisogno di benessere e di lusso, che ha spinto molti ad abitare in appartamenti più ampî. Gran parte di questi fattori sono di indole affatto transitoria, ma col cessare di essi, non accenna a scomparire il fenomeno della scarsezza di abitazioni, il quale rimane in rapporto con contingenze di maggiore significato. Per la popolazione, che va continuamente crescendo, si rende necessaria ogni anno la costruzione di un certo numero di vani abitabili: orbene tale costruzione è stata addirittura arenata all'inizio della guerra, sicchè è venuta a mancare la disponibilità di alloggi necessaria per la popolazione aumentata. La fine della guerra, la smobilitazione di molte classi non sono state ancora sufficienti a determinare un'alacre ripresa di tali lavori, sia per lo stato di inquietudine delle masse, sia per la deficienza ed il forte rincaro del materiale e della mano d'opera. Di più i decreti sulle pigioni hanno bensì frenato l'aumento da parte dei padroni di casa, lasciando un po' di requie all'inquilino, ma hanno sortito altresì l'effetto di mettere una remora a nuove costruzioni, per le quali si può calcolare sopra una rendita del capitale impiegato, non superiore a 1 %, interesse troppo scarso per invogliare i costruttori privati.

I RIMEDÎ.

È dunque necessario che ad eccitare la speculazione privata, insufficiente da sola davanti alla grave questione, che essa risolverebbe con vedute unilaterali, intervengano i pubblici poteri allo scopo di fornire le abitazioni per la parte più bisognosa della nazione, offrendo condizioni vantaggiose nell'acquisto dei terreni, nelle spese di costruzione, nei pagamenti. L'Inghilterra si è messa coraggiosamente su questa via, proget-

tando la costruzione di 300,000 case nel primo anno dopo la fine delle ostilità, e concedendo larghi prestiti. Purtroppo però la penuria dei materiali da costruzione costituisce un grave ostacolo e sarà impossibile condurre a termine, entro il termine prefisso, i progetti stabiliti.

Anche l'Italia non ha trascurato di provvedere in proposito e, con i decreti 23 marzo e 15 giugno 1919, ha concesso notevoli agevolazioni di credito, concorsi finanziarî (pagamento di interessi), concessioni per espropriazioni di terreni, per requisizioni di cave e fornaci, sgravi fiscali. Malgrado tali vantaggi e, nonostante le maggiori facilitazioni concesse per le costruzioni iniziate entro sei mesi, la costruzione edilizia non rifiorisce, ciò che sta ad indicare che non si riesce, con i mezzi concessi, a bilanciare l'enorme costo dei fabbricati.

Con provvedimenti più recenti lo Stato concede larghi mutui, mentre le singole Amministrazioni hanno emanato provvedimenti di favore per i propri dipendenti: così il Ministero dei Trasporti ha aumentato di 30 milioni il fondo per le case economiche, autorizzando anche per lo stesso scopo il prelevamento di 75 milioni, a modico interesse, dai fondi per le pensioni.

Lo Stato però deve guardarsi bene dal diventare imprenditore di costruzioni e deve limitare la sua opera alla coordinazione delle forze, alla sorveglianza ed al controllo, alle agevolazioni finanziarie. Queste però sarebbero quanto mai onerose per lo Stato e quindi per i contribuenti, se consistessero in semplici anticipazioni di fondi; i pubblici poteri dovrebbero invece contribuire al pagamento degli interessi e della quota d'ammortamento, analogamente a quanto ha fatto l'Inghilterra con il *Town planning act,* che stabilisce, dopo 7 anni, una stima della proprietà e l'eventuale rimborso di 3/4 della differenza fra il debito da pagare ed il prezzo di stima. Quando, in tal modo, si assicurasse un guadagno rimunerativo all'iniziativa privata, più agile e più proficua di qualsiasi organizzazione di Stato, essa non mancherebbe di rispondere con slancio, portando, in tempo relativamente breve, alla soluzione del problema. Prima però di vederne i benefici effetti occorrerebbero almeno 2 anni: ora, data l'urgenza di fornire a molte famiglie una abitazione, non sarebbe, forse, inopportuno ricorrere, frattanto alle baracche in legno, di cui pur troppo l'Italia ha fatto larga esperienza nelle luttuose occasioni dei terremoti. Anche in Inghilterra del resto è stata fatta tale proposta, con la quale si potrebbe portare qualche sollievo ed iniziare un graduale sfollamento delle abitazioni.

***

Lo Stato, poi, non potrà disinteressarsi della sorveglianza sulle future costruzioni, le quali dovranno rispondere nel piano generale e nei particolari alle esigenze dell'igiene e della pratica. Così, p. e., oltre alle necessarie prescrizioni sui drenaggi, sulla fognatura, sull'illuminazione, sulla cubatura, si dovrà evitare l'inconveniente, che si ripete spesso in molte casette economiche, di collocare la cucina in una parte buia, magari nello scantinato; essa per molte famiglie di operai o impiegati, specie nelle regioni settentrionali, è l'abituale stanza di ritrovo della famiglia dove i bambini giuocano o fanno i compiti, mentre la madre attende alle faccende domestiche. La cucina deve quindi essere abbastanza ampia e bene illuminata, in una delle migliori posizioni dell'abitazione.

Non basterà poi che la casa sia ben costruita: essa deve essere mantenuta a dovere e bene utilizzata, altrimenti non tarda a diventare insalubre. Si rendono quindi necessarie ispezioni frequenti, da parte di persone competenti, le quali, però, non debbono limitarsi a rilevare l'inconveniente e ad infliggere una contravvenzione. L'intervento dell'igienista non può avere per scopo l'applicazione di una multa, ma il miglioramento igienico dell'ambiente, del sistema di vita. Rilevato l'inconveniente, egli deve adoperarsi per farlo eliminare, fornendo consigli ed eventualmente aiuti da parte dei pubblici poteri; solo in tal modo il suo intervento sarà certamente utile e, quel che più giova, sarà richiesto anzichè temuto.

È un radicale cambiamento che s'impone nei rapporti fra igienisti e pubblico; in modo che i primi cessino di venir considerati come non desiderati importuni.

Molto si potrà ottenere da una maggiore educazione igienica del pubblico, ma molto altresì da un più intimo contatto con questo, che dell'igienista deve essere efficace collaboratore. A parte casi in cui si tratta di vera frode, l'arma con cui si deve affrontare il pubblico non è l'articolo di legge nè la disposizione di regolamento, ma la persuasione che il lavoro nostro è rivolto al benessere sociale, e che esso non finisce in uno sterile ammonimento, ma, per mezzo di consigli tecnici e di aiuti, contribuisce al reale miglioramento delle condizioni di vita.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I riflessi viscero-sensoriali nelle malattie degli organi addominali.

(DAVID, LIGAT. *Lancet*, 1919, 3 maggio).

Lennander ha dimostrato che i visceri sono sprovvisti di sensibilità, che tutto ciò che sta al disotto della sub-sierosa, compresi gli strati più profondi del peritoneo parietale, non ha sensibilità tattile e dolorifica. D'altra parte è ben noto che le malattie viscerali possono essere la causa di sensazioni dolorose anche molto violente. Ma queste sensazioni sono dovute ad un riflesso viscero-sensoriale, non sono in rapporto ad eccitazione diretta di fibre sensitive.

Gli stimoli afferenti provenienti dagli organi interni sono costantemente trasmessi al midollo spinale, donde partono anche costantemente impulsi afferenti riflessi ai muscoli, ai tessuti interstiziali, alla pelle. Da questa correlazione d impulsi, che allo stato di salute rimangono inavvertiti, dipende il normale svolgimento delle funzioni fisiologiche. Ma quando un organo è irritato, impulsi più intensi pervengono al corrispondente centro spinale, che diventa così maggiormente irritabile. Allora l'equilibrio dell'arco viscero-sensoriale si rompe ed uno stimolo, applicato sulla corrispondente zona cutanea, provoca reazioni abnormi. Un pizzico, che in un individuo con midollo spinale a tono normale non provoca sensazioni dolorose, determina un dolore più o meno vivo.

Si hanno così le aree superficiali di iperestesia, le aree funzionali cutanee, pizzicando le quali si hanno manifestazioni dolorose superiori a quelle che si hanno nelle limitrofe zone cutanee. La intensità del dolore varia di molto. Di solito quando c'è la infiammazione acuta di un organo il dolore prodotto dal pizzico è molto forte e può essere provocato su una lunga striscia verticale di cute, che corrisponde a parte di uno, due e anche tre segmenti spinali, ma con un attento esame si può precisare il punto di massima iperalgesia e quindi l'organo malato.

In altri casi, specialmente nelle malattie croniche, nei quali il dolore addominale è molto vago, anche le sensazioni determinate dal pizzico della parete addominale sono molto vaghe e non permettono una discriminazione esatta dell'organo colpito.

Occorre anche tener conto che nei soggetti neurotici i limiti e la estensione delle zone iperalgesiche non sempre corrispondono a quelle dei veri riflessi viscero-sensoriali.

Il metodo per svelare queste zone iperalgesiche è il seguente. Si fa mettere il paziente in decubito dorsale con la bocca leggermente aperta e le braccia distese lateralmente.

1. Si pizzica quindi la parete addominale con una certa pressione (si stringe tra l'indice ed il pollice la pelle ed il tessuto sottocutaneo cercando di sollevarli ed allontanarli, sempre stringendo, dai sottostanti tessuti) in un punto dove di solito si ha sempre una reazione normale, ad es. la regione ipocondriaca sinistra, e si osserva attentamente la espressione del viso. in modo da avere un termine di paragone tenuto presente che la reazione varia nei varî individui.

2. Un pizzico esattamente simile si dà in quei punti che la esperienza ha dimostrato che diventano iperalgesici quando i varî organi sono malati.

3. Si notano la direzione ed i limiti della iperalgesia ed il punto di massima reazione.

Con questo metodo si possono distinguere due gruppi di organi: uno *laterale*, cistifellea, appendice, e trombe di Falloppio, ed uno *centrale*, stomaco, duodeno, intestino piccolo e grosso.

Il punto di massima intensità per lo stomaco ed il duodeno, trovasi in un punto medio tra l'appendice ensiforme e l'ombelico; per l intestino tenue sul punto di congiunzione del quarto superiore della linea ombelico-pubica; per l'intestino grosso nel punto di congiunzione del quarto inferiore della linea stessa; per la cistifellea a destra sulla linea addominale trasversa tirata tra le due decime costole nel punto medio tra la mammillare e la linea mediana addominale; per l'appendice a destra nel punto di congiunzione tra il terzo e quarto medio di una linea tirata tra la spina iliaca anteriore superiore e l'ombelico; per le trombe di Falloppio da ambo i lati a seconda della tromba affetta al punto di congiunzione del terzo inferiore di una linea tirata dal punto medio del legamento di Poupart all'ombelico.

Il punto di massima iperalgesia fra ciascun organo o segmento del canale intestinale ha una posizione costante qualunque sia la parte di organo o la parte di tratto intestinale malata. La direzione dell'area iperalgesica è sempre verticale, essa non si diffonde lateralmente; per modo che quando sono malati due organi adiacenti, ad es. la cistifellea e lo stomaco, tra le due zone iperestesiche c'è sempre una zona neutra. La sovrapposizione delle zone di iperalgesia non si ha nè lateralmente, nè verticalmente.

L'esame può riuscire difficile quando coesiste una peritonite generale con meteorismo, o un

edema infiammatorio locale della parete addominale ed anche nei soggetti neurotici le cui reazioni non sono genuine.

La pressione anche lieve della parete addominale in caso di affezioni degli organi interni può provocare dolore per due ragioni. Il dolore può essere dovuto ad una peritonite locale, cioè quando il ricco plesso nervoso sottoperitoneale è irritato direttamente dal processo infiammatorio. Ma, come si è già accennato, il dolore può essere dovuto ad uno squilibrio verificatosi nell'arco viscero-sensoriale, per produrre il quale non è necessaria la esistenza di una peritonite viscerale o parietale. Infatti la peritonite, per sè, non produce mai zone di iperalgasia. E quando le due affezioni, viscerale e peritoneale, coesistono, il dolore prodotto dalla pressione è determinato da ambedue le condizioni.

La dolenzia alla pressione di una determinata area della parete addominale non conduce necessariamente alla diagnosi di affezione dell'organo corrispondente, perchè essa può essere dovuta alla infiammazione del peritoneo parietale sottostante, in dipendenza di un'affezione viscerale. Così iperalgesia della zona corrispondente alla fossa iliaca destra può essere data da lesioni dell'appendice, della tromba destra, dall'accumulo di materiale irritante versatosi nel peritoneo in seguito a perforazione della cistifellea o del duodeno, e da altre cause.

L'area iperalgesica d'altra parte anche fa precisare l'organo affetto, ma non fa determinare la posizione dell'organo stesso. Quindi le eventuali dislocazioni non possono essere diagnosticate con questo mezzo.

Nell'appendicite si può avere una forte reazione viscero-sensoriale non solo nella zona cutanea dell'appendice ma anche in quella del tenue. Ma in ogni caso esiste sempre una zona intermedia neutra il che prova che le iperalgesie constatate sono dovute a due distinti riflessi viscero-sensoriali.

Al momento dell'esame il riflesso viscero-sensoriale può mancare forse perchè il fenomeno è fugace o si esaurisce rapidamente. Comunque, specie nei casi di appendicite, il segno ha un valore assolutamente positivo e non ne ha affatto uno negativo.

L'origine del riflesso viscero-sensoriale sta nella mucosa. La iperalgesia quindi nei punti indicati si trova sopratutto in presenza di processi infettivi dei singoli organi. I risentimenti peritoneali provocano dolenzia diretta, ma mai iperalgesia riflessa.

Dr.

DERMATOLOGIA.

La vitiligine sifilitica.

(A. Touraine, *Paris Médical*, 1919, n. 23).

La possibilità dell'origine sifilitica della vitiligine, discussa fin dal 1878, fu in seguito facilmente ammessa dai neurologi e accolta dapprima con riserva dai dermatologi. Il Brocq ammise la probabilità di un rapporto etiologico fra le due malattie; il Fournier si appellò ai dati statistici che l'avvenire avrebbe potuto far mettere insieme. I risultati dell'osservazione clinica e della reazione di Wassermann confermarono sempre più questo concetto etiologico: e dal 1905 l'ipotesi della vitiligine sifilitica fu correntemente ammessa, fino al punto di ritenere che ogni caso di vitiligine primitiva all'apparenza dovesse far pensare ad un'infezione sifilitica acquisita od ereditaria. Anche le osservazioni fatte durante la guerra nei Centri dermatologici in Francia stanno in favore di tale rapporto etiologico.

Su 128 osservazioni, in 121 si hanno notizie etiologiche attendibili. Di questi 121, in 99 s'aveva sifilide nell'anamnesi, cioè nell'81,1 %, acquisita od ereditaria, con manifestazioni recenti o tardive. In 17 casi l'esame clinico e sierologico furono negativi del tutto: ma basta ciò per escludere la possibilità della sifilide latente?

Una semplice coincidenza non basta a spiegare la forte proporzione dei 99 casi su 121: non si può negare che la sifilide abbia un considerevole valore patogenetico.

Questi rapporti di frequenza fra la vitiligine e la sifilide fanno ricordare quelli dell'origine sifilitica della tabe, della paralisi progressiva, della leucoplasia linguale.

La vitiligine può manifestarsi in periodi differenti della sifilide. In un gruppo di casi essa può essere precoce e manifestarsi nei primi due anni dall'inizio dell'infezione: è questo il periodo di elezione delle reazioni meningee cliniche o citologiche nella sifilide. In un secondo gruppo di casi essa si presenta più tardivamente, coesistendo sovente con la tabe: ed è questo l'altro periodo di elezione della meningete sifilitica. Infine in 13 eredo-luetici la vitiligine è comparsa dai 2 ai 29 anni.

La descrizione clinica della vitiligine, attualmente incompleta, dev'essere sempre suffragata dalla ricerca anamnestica più minuziosa circa l'esistenza o meno della sifilide; l'analisi più precisa dei sintomi meningei nel corso della sifilide e sopra tutto lo studio del liquido cefalo-rachidiano dimostreranno se la vitiligine è stata preceduta

o accompagnata da una fase di meningite sifilitica, latente o clinicamente manifesta. In molti casi la meningite iniziale è stata constatata: e ciò è di grande importanza diagnostica e patogenetica.

In alcuni casi di vitiligine sono stati osservati certi segni precursori: una eritema fugace per es., interpretato come eritema terziario; o segni di papule sifilitiche o di sifilidermi serpiginosi in regressione. Più direttamente legato ai disturbi trofici della vitiligine sarebbe il prurito che in alcuni casi ha preceduto la discromia.

Un terzo gruppo di sintomi clinici più importanti è costituito dai disturbi nervosi associati alla discromia. In alcuni casi si tratta di segni isolati d'una tabe incipiente, o di tabe conclamata, di paraplegia, emiplegia sifilitica, atrofia dei nervi ottici, male perforante, epilessia, cefalea persistente. In altri casi la vitiligine si associa a sintomi nervosi di interpretazione più dubbia: disturbi della sensibilità nelle zone acromiche, alopecia areata o generalizzata. Sono stati anche osservati dei sintomi di reazione meningea frusta, quali la vivacità dei riflessi tendinei fino al clono, dolori reumatoidi persistenti spesso localizzati nelle regioni lombari, nevralgie, ipoacusie, ecc.

Data la frequenza di fatti di reazione meningea, lo studio del liquido cefalo-rachidiano nella vitiligine dovrà essere sistematicamente compiuto. In alcuni casi è stata trovata ipertensione, iperalbuminosi, leucocitosi più o meno abbondante, reazione di Wassermann positiva.

L'A. ha studiato il liquido cefalo-rachidiano di 9 casi di vitiligine: in otto di essi il liquido era anormale. In sei casi era completa la triade sintomatica: W. R. positiva, iperalbuminosi, media o leggiera, linfocitosi più o meno notevole; in due casi la W. R. era negativa, non fu tentata la reattivazione, ma gli altri due sintomi erano evidenti. Tre di questi casi furono osservati di nuovo dopo un intenso periodo di cura arsenicale, e fu constatato un sensibile miglioramento del liquido cefalo-rachidiano, specialmente per la linfocitosi.

In conclusione nella grande maggioranza dei casi la vitiligine si accompagna a reazione meningea.

Riassumendo: nell'81,1 % la vitiligine si manifesta nei sifilitici; il suo inizio coincide per lo più nelle due fasi di elezione della meningite sifilitica, cioè nel periodo secondario e nella così detta parasifilide; essa è spesso legata ad altre manifestazioni sifilitiche del sistema nervoso (tabe, emiplegia, ecc.), o si accomgagna a sintomi d'ordine sensitivo o trofico; la reazione di Wassermann del sangue o meglio del liquido cefalo-rachidiano è quasi sempre positiva: infine la puntura lombare nel più dei casi rivela una reazione meningea completa o frusta.

Queste cognizioni permettono di illustrare la patogenesi della vitiligine sifilitica.

L'alterata distribuzione del pigmento cutaneo nella vitiligine è da riferirsi ad un disturbo del trofismo, sia localizzato nella pelle per lesioni anatomiche o tossiche (discromie circoscritte dei sifilitici), sia lungo il decorso dei nervi periferici dalla loro origine alle più lontane terminazioni (discromie localizzate nel territorio di distribuzione di un tronco nervoso, vitiligine diffusa o generalizzata della atrofia per polinevrite).

Ma il segmento radicolare dei nervi spinali, esposto attraverso gli spazî aracnoidei ai prodotti morbosi del liquido cefalo-rachidiano nella meningite, è la sede delle lesioni più frequenti e profonde. Di fatti la ganglio-radicolite posteriore è la lesione fondamentale delle due sindromi nelle quali i disturbi trofici cutanei sono particolarmente importanti: la tabe e l'erpete zooster.

Pertanto la vitiligine multipla e simmetrica è da considerarsi come un disturbo trofico cutaneo legato a lesioni delle fibre nervose trofiche nelle radici spinali: essa sarebbe l'espressione d'una radicolite. Spesso la discromia è l'unico sintoma, e si ha la vitiligine classica; talvolta essa si associa ad altri disturbi del trofismo (alopecia p. es.), o della sensibilità (prurito iniziale, ipoestesia); talvolta si associa a disturbi motori, riflessi, sensitivi, trofici più accentuati fino alla radicolite totale della tabe.

La vitiligine si manifesta negli stessi periodi in cui si hanno i fenomeni di reazione meningea nella sifilide, cioè nella sifilide secondaria e nel periodo tabetico. Questa meningite può portare prima o poi a lesioni delle radici spinali, di intensità varia, alle quali corrispondono disturbi trofici limitati quali la vitiligine o sindromi morbose gravi quale la tabe associata a discromie.

Le lesioni meningee possono svilupparsi a varia altezza lungo l'asse spinale: di qui la moltiplicità e la simmetria delle zone discromiche. Il senso normale della circolazione nel liquido cefalo-rachidiano spiega perchè le prime manifestazioni si hanno più spesso nel territorio delle radici inferiori, e perchè la faccia è così sovente rispettata dalla vitiligine. Altra caratteristica è la sistematizzazione radicolare delle discromie: i territori più particolarmente colpiti son quelli del 4° paio cervicale (nuca, spalle, regioni sottoclavicolari) e quelli del 3° e 4° paio sacrali (organi genitali esterni). Come nella tabe, la vitiligine si manifesta particolarmente nella sfera delle radici cervicali e lombari, cioè nella zona delle cinture scapolare e pelvica e negli arti.

L'A. conclude che tutti questi fatti, se troveranno conferma, fanno considerare la vitiligine come una radicolite trofica. Ogni infezione capace

di determinare una meningite e quindi una radicolite, può essere causa di una vitiligine semplice o associata. Essendo la sifilide la causa più frequente di meningite cronica e di radicolite, la vitiligine sarà dunque sopra tutto d'origine sifilitica.

P. SABELLA.

Tricofizie post-vacciniche.

(GOGUEROT, *Paris Médical*, 1919, pag. 442).

La conoscenza delle infezioni tricofitiche direttamente causate dall'innesto del vaccino antivaiuoloso non è nuova nella letteratura dermatologica. Fin dal 1887 Protze d'Eberfeld aveva dimostrato che parecchie epidemie post-vacciniche di impetigine contagiosa erano dovute al *Tricophyton tonsurans*. Nel 1911 il Bidault ha studiato in una tesi di Parigi un'epidemia post-vaccinica in una caserma militare dovuta al *Tricophyton gypseum asteroides* di Sabouraud.

Il Gougerot osserva che l'esame delle migliaia di casi di vaccinazioni e rivaccinazioni praticate durante i quattro anni di guerra ci dimostra che le tricofitiasi post-vacciniche, benchè rare, costituiscono la complicazione cutanea praticamente più importante e fra le più frequenti della vaccinazione. Egli ha potuto osservare che le tricofizie post-vacciniche, inoculate cioè mediante la vaccinazione, ed alcune forme di impetigine e di ectima disseminate attorno alla pustula vaccinica, sono state le complicazioni cutanee più frequenti. E si domanda se nei casi descritti di eczema lichen e psoriasi da vaccinazione non si sia trattato invece di tricofizia psoriasiforme, ecc.

L'A. ne ha osservato delle epidemie fra militari, fra operai, in famiglie.

La dermatosi suole iniziarsi nel periodo di declinazione del vaccino, dal 15° al 20° giorno dopo l'innesto, quando il tricophyton ha potuto svilupparsi e sensibilizzare l'organismo. In qualche caso l'inizio si è avuto più tardi, fin dopo 47 giorni: la sensibilizzazione è stata più lenta, o il fungo ha vissuto in un primo tempo da saprofita.

Il decorso è lento di solito: un ufficiale ne era affetto da oltre un anno. Talvolta è più rapido; in un caso, appena otto settimane dopo l'innesto, il contagio aveva invaso tutto il braccio ed il torace.

L'aspetto clinico non presenta nulla di particolare: varia soltanto secondo la varietà di tricofitosi inoculata con l'innesto. I tipi clinici osservati dall'A. sono i seguenti:

a) un unico disco rotondeggiante, da 3 a 10 cm. di diametro, circonda la sede dell'innesto: la lesione eritemato-squamosa, squamelle fini ed aderenti, non presenta bolle o croste; mediante la lente alla periferia sotto le squame si scorgono piccole vescicole torbide puntiformi;

b) dischi ovalari multipli più piccoli da 2 a 6 cm., più o meno confluenti, coperti da squame e croste ambrate impetiginose, fortemente pruriginose e perciò più facilmente auto-inoculabili. Può essere difficile la diagnosi differenziale con l'impetigine;

c) erpete circinnato classico, a vescicole torbide, disseminate su tutta la lesione o soltanto alla periferia. Può simulare l'eczema;

d) elementi eritemato-squamosi, psoriasiformi, simulanti la psoriasi volgare e più la psoriasi in seborroica.

L'evoluzione è molto variabile: la prima manifestazione può rimanere unica e può moltiplicarsi e diffondersi più o meno rapidamente su gran parte della superficie cutanea. Talvolta i singoli elementi tendono ad esaurirsi spontaneamente; ma di solito la dermatosi, se non trattata con mezzi anti-parassitarî, si cronicizza. Anche sulla cute intatta è stata dimostrata la presenza del parassita; e ciò prova la possibilità della sua persistenza allo stato saprofitico e quindi la possibilità della recidiva della dermatosi.

La diagnosi non presenterebbe difficoltà particolari, se si avesse già l'abitudine di pensare alla tricofizia in tutti i casi di eruzioni cutanee eritemato-squamose configurate. Nei casi dubbi l'esame microscopico e culturale su terreno di Sabouraud può accertare la diagnosi.

La cura è quella delle tricofizie della cute glabra. Se la pelle si solleva, la vasellina iodata è molto efficace e di comoda applicazione. Meglio tollerata è la tintura di iodio diluita al quinto in alcool rettificato o nel liquore di Hoffmann; si friziona alquanto e quindi si applica una pomata antisettica, o la pasta all'ossido di zinco, o meglio una pasta allo zolfo e all'olio di cade.

Bisogna protrarre a lungo la cura e, a guarigione clinica ottenuta, tenere il patiente in osservazione per qualche tempo, dato che il parassita può sopravvivere allo stato di saprofita sull'epidermide e che la sensibilizzazione dell'organismo può persistere settimane e mesi.

Il Gougerot non ha potuto studiare a fondo questa forma di tricofizie dal punto di vista culturale: soltanto in determinati casi ha isolato speciali varietà di tricofiton.

Praticamente più interessante dev'essere quanto riguarda la patogenesi e la profilassi della dermatosi.

Si può supporre che in alcuni casi il vaccino non contenesse i parassiti, e che l'abrasione epidermica prodotta dal vaccino-stilo abbia aperto la strada ai parassiti esistenti sui vestiti o allo stato pi saprofiti sulla pelle.

In altri casi si può ammettere che il vaccino stesso contenesse il parassita, o perchè questo esistesse sulla pelle del vitello prima della vaccinazione, o fosse ad esso inoculato mediante la vaccinazione, o per inquinamento del vaccino attraverso le varie manipolazioni. Questa ipotesi dà ragione di alcune epidemie di famiglia o di officina.

In linea profilattica, si può evitare la contaminazione del vaccino mediante un accurato esame clinico e microscopico della pelle della vitella prima dell'inoculazione. D'altra parte, tenendo sempre presente la possibilità di queste tricofizie post-vaccinali, facilmente si può averne ragione fin dal loro inizio.

Questi fatti sono praticamtnte molto importanti, poichè, secondo ha osservato il Gougerot durante la guerra, più dei nove decimi delle complicazioni cutanee della vaccinazione si dovettero alle tricofizie. Ed egli non dubita che altrettanto possa verificarsi in tempi di pace.

P. SABELLA.

CHIRURGIA.

Il trattamento dei traumi del torace.

(MARION R. BLANKEHORN. *Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 26 luglio 1919).

I metodi di esame di una ferita del torace, in contrasto con quelle del capo e dell'addome, sono precisi: i corpi estranei penetrativi progrediscono in genere in linea retta e possono essere ben localizzati coi raggi X; le lesioni prodotte sono facilmente riconoscibili; l'aggressione del torace da parte del chirurgo è possibile. Unica vera incognita, che ha frustrato spesso i vari tentativi, è costituita dall'effetto dei diversi organismi infettanti.

Però i resoconti pubblicati dai varî chirurgi, e le stesse note personali dell'A., non sono soddisfacenti, per la grande varietà di idee e di metodi seguiti. Sarà necessario, se pur possibile, un vasto lavoro di coordinamento, per giungere a conclusioni utilizzabili. Quelle messe insieme in questo articolo sono tratte da circa 500 casi di chirurgi inglesi ed americani.

Le ferite del torace possono dividersi in base alla loro gravità e all'urgenza del trattamento chirurgico in cinque gruppi: 1) pneumotorace aperto; 2) ferite parietali estese interessanti coste e muscoli; 3) grossi corpi estranei ritenuti; 4) emotorace infetto e 5) emotorace semplice.

Pneumotorace aperto. — Non v'è una guarigione spontanea. Invece la riparazione anatomica è chiaramente indicata e seguita da un miglioramento immediato, quasi miracoloso, che si manifesta già con la semplice otturazione per mezzo di uno zaffamento stipato della ferita. Se non trattato, il caso rapidamente peggiora e si ha la morte per asfissia.

Ferite parietali. — Penetranti o non penetranti, richiedono la stessa considerazione che una ferita in qualunque altra parte del corpo, con l'aggravante che eventuali frammenti ossei possono accrescere il danno (lacerando p. es. il polmone) e divenire sorgenti d'infezione. Inoltre in una ferita, che, anche attraverso a un piccolo seno, comunica con il cavo pleurico, per la continua aspirazione esercitata dal respiro, si effettua un drenaggio all'interno, oltre che all'esterno, e quindi può aversi un'infezione della pleura. Tali ferite perciò vanno ben esaminate, trattate e chiuse completamente: se è necessario a questo scopo, è preferibile convertire una ferita parietale in un pneumotorace aperto. Del resto l'apertura del torace è processo facile e ben tollerato: solo è necessario un buon apparecchio ad ossido d'azoto che permetta l'inalazione sotto pressione, onde il polmone non si collassi, e un buon anestetista. Se la riparazione anatomica del polmone e della parete può essere effettuata, il polmone continua a funzionare normalmente, dopo l'intervento.

Ritenzione di corpi estranei. — Questi sono pericolosi come sorgente di infezione e di erosione vasale meccanica, specialmente i frammenti di granata. I quali, per prevenire l'empiema o l'ascesso polmonare, debbono esser rimossi il più presto possibile. Ma non sempre il paziente è in condizioni da essere operato, per l'emorragia (se questa è in atto l'infusione e la trasfusione sono dannose) e per lo shock. Il riposo in un letto caldo e i consueti mezzi eccitanti, di solito, rimettono il soggetto in condizioni da sopportare l'intervento. Questo è spesso esteso e implica una ampia resezione di coste, per poter ispezionare completamente il polmone. Se il corpo estraneo fu estratto attraverso una pleura sana, questa si richiude; se attraverso una zona di polmone epatizzato è inutile l'emostasi e la sutura. Che cosa si debba fare del polmone condensato è punto molto discusso.

È sorprendente come tali operazioni siano ben tollerate specialmente se furono fatte sotto pressione. Se la lesione fu estesa e l'intervento ampio, è talora impossibile mantenere il polmone disteso dopo l'operazione; ma è intanto un grande vantaggio, specie riguardo al mediastino, che esso lo sia stato durante l'operazione; perchè poi, riguardo al periodo successivo, va notato che alcuni, anzi, propongono di eseguire senz'altro la compressione artificiale con gas del polmone, per metterlo a riposo. Lo stesso scopo si ottiene paralizzando il diaframma con una iniezione di procaina nel frenico.

L'infezione dello spazio pleurico è il più grande pericolo per chi è scampato da quello di una ferita polmonare. Tuttavia è sorprendente quanto sia re-

sistente la sierosa pleurica: sia o no effettuata l'operazione, il più spesso l'infezione rimane localizzata e finisce con l'esser dominata.

Emotorace. — I restanti due gruppi, emotorace infetto e non infetto, rimasero dapprima indistinti e furono trattati egualmente. La batteriologia di queste infezioni, come quella di altre ferite, è incompleta. Si dovrà giudicare caso per caso in base ai segni clinici, al polso e alla temperatura, se l'emotorace è infetto e necessario il drenaggio. Gli streptococchi e i bacilli gasogeni, se trovati nel liquido costituiscono una indicazione del drenaggio, ma anche essi si son visti scomparire dopo una o due toracentesi.

Di regola i casi vennero tenuti in osservazione per tre giorni e, se non era insorta febbre elevata o non si era avuto sviluppo di germi, erano evacuati. Ma l'osservanza di 3 giorni si è visto talora essere troppo breve: forse il sangue ritardò lo sviluppo dei microorganismi o le colonie erano incluse nel coagulo. È certo d'altra parte che il liquido emorragico costituisce un ottimo mezzo di cultura, mentre la resistenza è offerta dalla sierosa: da ciò l'indicazione alla paracentesi. Questa raramente riaccese l'emorragia mentre assai spesso riuscì a prevenire, talora a curare, l'empiema. Occasionalmente un coagulo rese impossibile l'aspirazione: di solito si riuscì ad evacuare quasi completamente il liquido.

Molti emotoraci non infetti guarirono rapidamente e completamente.

L'emotorace infetto deve esser drenato. Ma non è desiderabile d'altra parte il completo collasso del polmone destinato a restare permanente con formazione di una vasta cavità: spesso il paziente muore per infezione piemica. Se il drenaggio può esser rimandato fino a quando il polmone, in parte riespanso, abbia stabilito delle aderenze, i risultati sono buoni. Ma vi sono casi (streptococchi e bacilli gasogeni) che richiedono subito l'apertura: qui un sistema di drenaggio con tubi a tenuta d'aria e suzione fa espandere il polmone e provvede le aderenze necessarie per l'obliterazione del cavo empiematico.

Le irrigazioni furono di solito praticate e trovate di valore considerevole, per lo più per rinnovare meccanicamente gli accumuli di pus e di sangue coagulato e diminuire il numero dei microorganismi presenti.

SEBASTIANI.

Pubblicheremo prossimamente:

L. SPOLVERINI, *Emiplegia da malaria in un bambino lattante.*

ACCADEMIE. SOCIETÀ MEDICHE. CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 5 dicembre 1919.

Presidenza: Prof. MEDEA.

Sindrome del ganglio genicolato.

A. AGOSTA. — Un giovane di 19 anni soffre da quattro anni di un violento dolore trafittivo accessuale alla regione preauricolare destra. Gli accessi dolorosi sono andati gradatamente aumentando di frequenza in modo tale da non permettere all'ammalato che brevi riposi. Contemporaneamente al dolore il paziente ha spasmo accessuale del facciale destro e ptialismo. Obbiettivamente si nota una zona ipoestesica nella regione preauricolare destra della lunghezza di una moneta da dieci centesimi; cicatrici multiple ai due terzi anteriori della lingua (esiti di eruzioni vescicolose pregresse); quasi abolita la sensibilità specifica nell'accennata superficie linguale. Non disturbi della sensibilità al pilastro anteriore destro delle fauci e nel condotto uditivo. Nulla a carico del trigemino. Negativo l'esame somatico generale.

L'A. fa diagnosi di lesione del ganglio genicolato e dato il risultato infruttuoso delle cure tentate propone l'intervento operativo: sezione dell'intermediario di Wrisberg.

Il reparto di accertamento diagnostico nei rapporti della difesa civile antitubercolare.

G. RONZONI. — Il reparto di accertamento diagnostico al Corpo di armata di Milano, dalla sua istituzione (ottobre 1915 al giugno 1919) furono compiuti oltre 35.000 accertamenti. Il reparto fu organo di accertamento per le malattie tubercolari, di valutazione di invalidità economica, di consulenza tecnica, di cura, educazione e profilassi sociale e popolare a mezzo dei reparti di cura alle sue dipendenze (reparti per gravi e reparto sanatoriale al piano e al monte, per tubercolosi polmonare e tubercolosi chirurgica). Così il reparto di accertamento viene ad acquistare il carattere di centro, di stimolo propulsore e regolatore della difesa antitubercolare militare. Riferisce sui rapporti intimi che a Milano si sono andati a mano a mano sviluppando fra difesa antitubercolare militare e quella civile a mezzo degli organi specializzati a tale funzione (reparto accertamento, ufficio VI del Comitato

cittadino e Dispensari civili) mettendo in rilievo i grandi benefizi derivati alla difesa dei tubercolosi di guerra. Attualmente la sanità militare va smobilitando la sua difesa antitubercolare; a quella è necessario sostituire un'altra difesa adeguata, profilattica e curativa, per Milano e Provincia. Illustra l'organizzazione e gli scopi del Consorzio provinciale antitubercolare milanese, che per tale finalità si è in questi mesi costituito per iniziativa dell'Ufficio provinciale del lavoro.

Osservazione intorno agli ascessi epatici di origine amebica.

C. VALLARDI. — L'O. per sua esperienza personale ammette la possiblità della produzione dell'ascesso epatico anche nelle forme subdole e latenti di amebiasi intestinale. Ritiene che la cura con l'emetina della forma intestinale rappresenta anche una profilassi per la amebiasi epatica. L'ascesso epatico amebico è più diffuso di quello che si creda anche nelle nostre contrade. La mancanza di precedente o concomitante dissenteria, l'assenza dell'ameba nelle feci o nel pus epatico, non è criterio sufficiente per escludere la natura amebica dell'ascesso. Molta importanza hanno invece i caratteri particolari macro e microscopici del pus amebico e l'azione benefica dell'emetina.

PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'alimentazione del bambino.

(A. MAROTTA, *Folia Medica*, aprile 1919).

Consigli pratici per l'alimentazione del bambino normale dallo svezzamento in poi, e per quella del bambino ammalato.

Iniziato all'età di 7-8 mesi, ove la stagione non troppo calda e lo stato di salute del bambino lo permetta, lo svezzamento colla sostituzione di una poppata con latte di vacca diluito o intiero, si proseguirà gradualmente, sostituendo ogni 7 giorni un'altra poppata, così da compiere lo svezzamento nel corso di 6 settimane. Gli alimenti sostituiti al latte muliebre saranno il latte di vacca e le zuppe di farina d'orzo e di riso; la qnantità per ogni pasto, 250-300 gr.

Nei due anni successivi rimanendo il latte l'alimento principale, entreranno nell'alimentazione del bambino i cereali (farina, semolino, riso), i legumi e le patate di preferenza sotto forma di purée, le uova che si daranno crude o alla coque e in quantità scarsa. Da escludersi le salse, le droghe, l'alcool e il caffè. La carne si darà fra i 3 e i 4 anni, da principio finemente tritata. Dai 7 anni in poi, l'alimentazione sarà simile a quella dei grandi, purchè non troppo ricca di aromi e di spezie.

Nelle malattie gastro-intestinali acute si lascierà l'intestino in completo riposo; la ripresa dell'alimentazione sarà cauta, e s'incomincierà coi brodi vegetali.

Nei catarri intestinali cronici, dieta a base di latte, brodo, farinate di riso o di orzo; saranno aboliti i dolciumi.

La dieta lattea è indicata nelle malattie febbrili acute; si potranno aggiungere al latte dei preparati nutritivi (nutrosio, somatosio). Al caso si dovrà ricorrere ai clisteri nutritivi (a base di latte, uova battute, zucchero).

La dieta sarà variata nel catarro gastrico cronico, nutritiva, ma semiliquida negli stati febbrili cronici.

Nelle malattie nervose la dieta dovrà essere corroborante, a base di legumi e tuorli d'uovo, come sarà pure corroborante e sostanziosa, a base d'idrati di carbonio e di grassi, nella scrofolosi e nella tubercolos .

Nella costipazione si farà largo uso di verdura, frutta cotta, pane integrale, limitando la carne e le uova.

Ai rachitici si daranno alimenti ricchi di sali.

Si somministreranno ai bambini malati bevande in abbondanza (thè leggero, limonate zuccherate, acqua d'orzo, ecc.).

L'A. raccomanda speciale cautela nell'applicare ai bambini una dieta dimagrante.

POLLITZER.

L'eredo-sifilide e le sclerosi pleuro-polmonari e mediastiniche nell'infanzia.

La sclerosi è eccezionale nell'infanzia: localizzata al polmone, può essere conseguenza di infezioni banali, prolungate, specialmente di tubercolosi : importante però è la parte dovuta all'eredo-sifilide, che si manifesta anatomicamente con esagerata iperplasia connettiva, con lesioni vascolari e perivascolari, e compartecipazione del sistema elastico dei bronchi.

Le diverse forme della sclerosi polmonare infantile sono le seguenti (L. Nadal, *Thèse de Paris*, 1919) :

1) *Sclerosi pleuro-polmonare con bronchiectasia.* — Vi è dilatazione cilindrica dei medî e piccoli bronchi, specialmente della base. Si verifica, di solito, dopo le broncopneumoniti subacute, del morbillo, influenza, pertosse e può simulare diverse affezioni respiratorie.

La diagnosi della parte dovuta all'eredo-sifilide è delicata, specialmente per la frequente associazione della tubercolosi; si terranno presenti: la fissità dei segni, la conservazione di un buon stato generale, i risultati della radioscopia e quelli delle reazioni biologiche (tubercolina, Wassermann).

2) *La sclerosi bronco-polmonare* è il primo stadio della forma precedente. La si deve sospettare quando si vede che una bronco-polmonite assume un andamento di cronicità.

3) *Le sclerosi pleurali* sono consecutive a pleurite con versamento: caratterizzate da neoformazioni connettive, e da aderenze, sono accompagnate da retrazioni della parete toracica e deformazioni del rachide. Tali pleuriti sono in realtà tubercolari, ma hanno l'aspetto della reazione connettiva, a loro impartito dalla sifilide.

4) *Pleuriti mediastiniche*. — Hanno per causa abituale la tubercolosi: l'eredo-sifilide però vi è associata in parecchi casi. Può aversi sotto tre forme: *a*) *mediastinite pura* con punto di partenza in un'adenopatia tracheo-bronchiale capillare; si osserva all'inizio la turgescenza delle giugulari. Più frequente è la *mediastinite con sclerosi pleurale*, specialmente nei grandicelli. Il mediastino diventa un blocco fibroso attorno ai gangli, le sinfisi pericardiche sono estese, la pleura mediastinica aderente al pericardio. Le lesioni assumono l'aspetto di una pleurite, che non finisce, vi si aggiungono poi i fenomeni di tumori del mediastino: cianosi ed edema della faccia, del collo, degli arti superiori, dispnea, frequenza ed alterazioni del polso, immobilizzazione della parte inferiore dello sterno, polso laringeo discendente, segni di compressione vascolare, nervosa, bronchiale.

Anche il fegato partecipa alla sindrome per compressione della cava inferiore (asistolia epatica).

Nella diagnosi si devono eliminare le sinfisi cardio-tubercolari, l'adenopatia tracheo-bronchiale, i tumori del mediastino.

La *mediastinite con partecipazione del pericardio* è talvolta l'ultima fase della reazione connettivo-mediastinica. Essa può succedere ad una pleurite e manifestarsi con sinfisi pericardica ed asistolia epatica; oppure rimanere latente: in tal caso il bambino ha l'aspetto di un addominale, con ventre grosso, fegato ipertrofico, ascite, milza grossa. Solo più tardi compaiono i segni di sinfisi pericardica; polso piccolo, depressione della punta, ondulazioni precordiali, fissità della punta nel decubito laterale (segno assai importante), depressione sistolica dell'epigastrio.

L'evoluzione è lenta, ad accessi; la morte avviene per asistolia, insufficienza renale, tubercolosi miliare.

In tutte le forme polmonari infantili, con tendenza alla cronicità, si deve pensare all'eredo-sifilide; il trattamento specifico energico può portare notevoli vantaggi, mentre sarà affatto innocuo, nel caso che non si tratti di sifilide.

l. b.

Sifilide ereditaria e meiopragia.

In *stato di meiopragia*, Potain dice, si trovano gli organi che durante la vita uterina e nelle prime settimane consecutive alla nascita, subiscono l'azione dell'infezione sifilitica, infezione che durante tale periodo di tempo assume i caratteri di una vera setticemia.

Il processo si esplica con un ritardo od un arresto della nutrizione dei tessuti onde gli organi formati in queste condizioni, male irrigati, in parte sclerosati, distrofici anche se in apparenza appaiono sani, funzionano imperfettamente, reagiscono in modo speciale nel corso di un'infezione.

Hutinel (nell'*Archives des maladies des enfants*, luglio 1919) passa in rivista i principali apparati, campo d'azione della sifilide ereditaria; così fra le lesioni del *sistema nervoso* provocate dall'eredo sifilide, dobbiamo mettere oltre le meningiti e le encefalopatie (diplegie, morbo di Little), la *labilità funzionale* manifestantesi con disturbi mentali, convulsivi, ecc., la corea spesse volte, ecc.

Nell'*apparato respiratorio* predominano le sclerosi, le dilatazioni bronchiali, ecc.

L'eredo sifilide predispone i reni alle nefriti infantili; essa determina alterazioni delle ghiandole endocrine onde ne risulta il valore causale nella produzione delle distrofie, i cui disastrosi risultati notansi non solo presso i figli dei sifilitici ma anche nei loro discendenti.

Indubbia è l'azione della sifilide ereditaria nel rachitismo e nelle anemie, anche se rachitismo e anemie si manifestano nel bambino in epoche più inoltrate.

Hutinel conclude che buon numero delle lesioni prodotte dall'eredo sifilide non si arresteranno, ed un altra gran parte non retrocederanno; ma senza dubbio è utile ed efficace un trattamento precoce.

r. m.

L'edema congenito.

Greig (*Edinburgh Medical Journal*, 1919 aprile) descrive un caso di edema congenito in un bambino di sei settimane. L'edema, che era presente fin dal momento della nascita, era nettamente simmetrico. Sul dorso di ambo i piedi si notava un gonfiore più accentuato verso le dita che verso

l'articolazione. Sulla pianta si aveva una leggera convessità e le linee trasverse mancavano del tutto. La pelle sulla parte gonfia era liscia e leggermente tesa. L'edema nel suo massimo spessore misurava circa due centimetri e mezzo; non cedeva facilmente alla pressione, ed era particolarmente duro e resistente. La temperatura non appariva più bassa del normale, nè si notavano pallore, nè dilatazione dei vasi. Non si apprezzavano ingorghi glandulari.

L'edema congenito è senza dubbio molto raro. Milroy ne ha descritto dei casi fissandone così i caratteri:

1. Origine congenita con sviluppo proporzionale allo sviluppo corporeo fino a che non si è raggiunta l'età adulta;

2. Limitazione dell'edema a una o ambedue le estremità inferiori, che possono essere colpite in varî punti;

3. Persistenza dell'edema;

4. Assoluta mancanza di ogni sintomo di malattia costituzionale.

Greig pensa che l'edema congenito non abbia i caratteri dell'edema angioneurotico. Questo è probabilmente dovuto ad un disturbo di innervazione dei vasi sanguigni, donde il suo nome. È un'affezione più o meno transitoria, che solo dopo ripetuti accessi può diventare permanente. L'edema angioneurotico può anche essere ereditario, ma si distingue nettamente da quello congenito. Questo ultimo per quel che riguarda la patogenesi, dati i suoi caratteri ed il suo decorso, più che con alterazioni nervose pare in rapporto con un disturbo simmetrico della circolazione linfatica.

L'edema congenito si distingue chiaramente da quelle ineguaglianze di volume che spesso si trovano nei due arti inferiori dei neonati e che sono dovute ad irregolare distribuzione di grasso: in questi casi l'esame dimostra nettamente che non si tratta di edema.

Si distingue anche dalle ipertrofie unilaterali dovute evidentemente a lesioni del sistema nervoso centrale che a loro volta inducono alterazioni vasali nei tessuti fetali.

Infine l'edema congenito si distingue anche dal così detto edema sottocutaneo progressivo dovuto probabilmente ad una linfangioite o perilinfangioite ascendente con ostruzione dei linfatici: questa affezione è caratterizzata dall'inizio tardivo e dal peggioramento progressivo.

I casi finora osservati non hanno consentito di dare una interpretazione patogenetica dell'edema congenito, la cui anatomia patologica è tuttora ignota.

dr.

La trasmissione al feto dell'infezione vaiuolosa.

Sono già noti i numerosi casi in cui la madre ha trasmesso l'infezione vaiuolosa al feto prima della nascita. S. Cappellani (*Pediatria*, aprile 1919) riporta diverse osservazioni da lui fatte in proposito, in cui l'eruzione vaiuolosa si è manifestata in neonati in 5ª–6ª giornata di vita extrauterina. L'osservazione più interessante però è quella di un neonato, in cui alla terza giornata si è sviluppato l'esantema, dimostratosi poi vaiuolo, che lo condusse a morte, mentre la madre rimase perfettamente sana, pur non essendo immune, come lo dimostrò la reazione classica ed intensa alla rivaccinazione. Ciò dimostra che l'organismo materno, restando perfettamente sano, può servire da ponte di passaggio per i processi infettivi, che vanno a colpire il prodotto del concepimento, e che non sempre si deve ricercare nella madre la genesi di morbi infettivi, da cui il feto è colpito nell'utero. È da ritenersi che la trasmissione di morbi infettivi da madre a feto sia più frequente di quanto si crede, e ciò non solo quando la madre ha manifestazioni morbose in atto, ma anche in periodo di incubazione.

fil.

Il sangue e gli organi ematopoietici nella prima età.

Emazie. — Nel soggetto prematuro si trovano 5 milioni di emazie con anisocitosi e policromatofilia notevole; nel neonato a termine le cifre variano da 6 a 9 milioni; nel poppante di 2–3 mesi 4,500,000, cifra che rimane stazionaria nei primi dieci anni.

La resistenza globulare, sempre inferiore a quella della madre, aumenta rapidamente nei giorni che seguono la nascita.

Leucociti. — Il loro numero, elevato nei primi mesi, diminuisce con l'età; è di 14–18 mila nel neonato, di 12,000 a 1 anno, 11,000 a 2 anni, 10,000 a 3 anni, 8000 a 4-8 anni, 6-8000 in seguito.

Per quanto riguarda la parte liquida, al siero mancherebbero le emolisine normali.

Questi dati presentano un certo interesse pratico.

Fra gli *organi ematopoietici* (G. Hallez. *Le Nourrisson* e *Presse Médic.*, 22 maggio 1919) il midollo osseo, ricco dapprima di tessuto linfoide, evolve rapidamente verso la reazione mieloide. La milza va perdendo la funzione mieloide per affermare sempre più la funzione linfopoietica.

I gangli linfatici non presentano tessuto perfettamente differenziato: qua e là gli isolotti mieloidi si atrofizzano, mentre il tessuto linfoide guadagna terreno. Allo stato normale mancano i polinucleari neutrofili, ma in caso di infezione e di

intossicazione la reviviscenza mieloide li fa proliferare.

Il fegato durante il periodo fetale è una sede importante di formazione delle emazie secondarie, poi delle emazie senza nucleo. Viene poi a poco a poco sostituito nella sua funzione, dal midollo osseo, e solo nel neonato cessa di produrre le emazie.

Il timo, allo stato normale, non ha funzione emopoietica, ma nelle anemie infantili partecipa allo sforzo generale degli organi emopoietici e presenta notevole reviviscenza mieloide. *r. s.*

Nella diarrea infantile con collasso.

I sintomi principali del collasso sono le estremità fredde, il polso frequente e debole: la temperatura rettale può essere alta. Si applicheranno subito bagni senapati, o impacchi e stimolanti diffusibili in forma di alcoolici. Se non si avrà subito una reazione soddisfacente, si faranno iniezioni sottocutanee od endovenose di soluzione salina isotonica.

Si darà ogni 4 ore la seguente pozione:

Salicitato di bismato.
Polvere di gomma ana cg. 30.
Acqua di cannella . . . g. otto.

Tre volte al giorno, si darà altresì g. 1.20 di olio di ricino.

Utili sono altresì i panni caldi sul ventre per sedare i dolori colici, ed i bagni ed impacchi caldi per conciliare il sonno, in caso di agitazione. Quando le scariche sono frequenti, si faranno clisteri con soluzione fisiologica calda. In caso di scariche dissenteriche, si faranno piccoli clisteri amidati.

(*Medical Standard*). *l. b.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

SIR JAMES MACKENZIE. *The future of medicine.* Un vol. in-16° di 238 pag., rilegato. Oxford medical publications. H. Frowde e Hodder V. Stoughton edd. Londra. Prezzo scellini 8/6.

L'A. sviluppa ed integra sistematicamente i concetti già sostenuti in altre sue opere quali « Le malattie del cuore » e « L'interpretazione dei sintomi ».

La medicina cioè è una scienza in continua evoluzione e non bisogna arrestarsi a metodi e sistemi, che pure essendo utili finiscono per dare una visione unilaterale della scienza. I grandi progressi compiuti in questi ultimi tempi riguardano soltanto gli stadî avanzati della malattia, mentre, per impedire i danni che questa porta all'individuo, sarebbe necessario conoscerne i primi momenti, in modo da ostacolarne il progredire.

Tale còmpito non può venire assolto dal medico ospedaliero, che vede l'ammalato solo ad intervalli e più che altro nelle fasi finali, ma dal medico pratico generale che, invece, ha la possibilità di seguire l'ammalato dai primi accenni del male sino alla fine.

La ricerca quasi esclusiva dei fatti obbiettivi, la cieca fiducia nei metodi di laboratorio hanno condotto a trascurare le sensazioni accusate dal paziente, che possono invece essere di valido aiuto per la diagnosi e condurre a questa nei primissimi stadî quando la malattia non ha ancora prodotto alterazioni rilevabili obbiettivamente.

È dunque il ritorno al metodo nosologico, che viene invocato dall'A., il quale suffraga le sue idee, con la larga pratica personale, specialmente nelle malattie cardiache, continuata per molti anni, nello stesso ambiente. Viene quindi a proporre notevoli riforme degli studî medici dimostrando altresì il danno dell'eccessiva specializzazione, che fa perdere di vista i concetti generali, da cui si deve invece avere una guida sicura nell'esercizio della medicina.

fl.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1073). Ai dott: A. N. da A. e R. M. da S.: Alcuni trattati di ostetricia e ginecologia sono stati già indicati in questa rubrica alla p. 1155, n. 1049 di quest'anno (nella riga 6ª leggere: « trattati estesi ») e alla pag. 1009, n. 991 dello scorso anno. R. B.

VARIA.

Calcolosi splenica. M. Mitchell (*Arch. of Radiol. a. Eelectrother.*, lug. 1919) rileva che alle volte è stata posta erroneamente la diagnosi radiologica di litiasi renale sinistra, in presenza di calcoli presenti in milze ipertrofiche. L'A. illustra tale evenienza col reperto ottenuto radiografando una milza prelevata casualmente in una autopsia. La superficie esterna dell'organo mostrava delle placche chiare, d'apparenza calcare: la lastra mostrò moltissimi piccoli calcoli, opachi ai raggi, che furono riconosciuti come noduli inclusi nello spessore delle placche biancastre della capsula, ispessita e fibrosa.

Esaminati chimicamente, questi noduli dimostrarono di essere costituiti essenzialmente da sali di potassa con un po' di ferro e di alluminio e tracce di calcio. La loro natura resta dubbia; probabilmente si tratta di tubercoli miliari, secondariamente « calcificati » o meglio mineralizzati. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la retribuzione dei sanitari condotti.

Intorno a questo argomento il Ministero dell'Interno (Dir. Gen. Sanità) ha inviato ai Prefetti la seguente circolare:

« Con D. Reale in corso di pubblicazione viene data facoltà alle G. P. Amm. di aumentare a congrua misura le retribuzioni degli impiegati e salariati delle Provincie e dei Comuni, purchè i relativi aumenti non eccedano quelli concessi dallo Stato ai propri impiegati in virtù dei Decreti Luogotenenziali 10 febbraio 1918, n. 107, 14 settembre 1918, n. 1914, 19 giugno 1919, n. 973.

Analoga limitazione era prescritta con le circolari 16 luglio e 26 agosto p. p., numero 15700–5, di questo Ministero, Direzione Generale dell'Amministrazione civile.

Ad evitare inesatte interpretazioni si ritiene opportuno prevenire le SS. LL., che tanto il Regio Decreto quanto le circolari di cui sopra, non sono applicabili ai medici e veterinari condotti e agli ufficiali sanitari. Per essi rimane in vigore, piena ed intera, la disposizione dell'art. 26 del testo unico delle leggi sanitarie 1º agosto 1907, n. 636.

Per tanto i detti sanitari, oltre a beneficiare della indennità di caro-viveri la cui concessione è obbligatoria ai sensi del Decreto Luogotenenziale 9 marzo 1918, n. 338, potranno ottenere gli aumenti di stipendio contemplati dai Decreti Luogotenenziali 10 febbraio 1918, n. 107 e 19 giugno 1919, numero 983, ed ove tali aumenti non bastassero ad assicurare convenientemente il servizio sanitario, l'autorità tutoria potrà portare i loro compensi a misura anche maggiore, tenuto conto della potenzialità dei bilanci, delle particolari esigenze locali e della coesistenza di altre fonti di lucro professionale.

Con l'occasione si raccomanda vivamente alle SS. LL. di intensificare la propria azione diretta — giusta le circolari telegrafiche 28 e 31 luglio p. p., n. 20652–2091 g — ad agevolare opportuni contatti tra sanitari ed Amministrazioni onde raggiungere in via bonaria accomodamenti. E qualora tali accordi non riuscissero possibili, la Giunta Provinciale Amministrativa interverrà ai sensi dell'articolo 26 testo unico leggi sanitarie, per troncare situazioni il cui prolungarsi potrebbe compromettere la regolarità di un servizio, che ha tanta importanza per la salute delle popolazioni ».

Convegno dei dermosifilografi.

In occasione del Congresso della Società di dermatologia e sifilografia — di cui daremo prossimamente un breve resoconto — ha tenuto la propria assemblea annuale l'Associazione dei dermosifilografi italiani.

Sono alla presidenza *Pasini* di Milano, *Verrotti* di Napoli, *Montesano* di Roma.

Apre la seduta il prof. *Pasini*, il quale rivolge un mesto pensiero alla memoria del prof. Campana e saluta con ispirate parole il successore prof. Ducrey, assunto alla prima cattedra del Regno ed il cui nome è legato ad una scoperta importantissima nel campo della specialità dermosifilopatica. Commemora quindi, con nobili e commosse parole, il prof. Vignolo-Lutati che fu beneamato presidente dell'Associazione; ricorda pure il socio prof. Ciuffo caduto sul campo della gloria, ed i colleghi Panichi, Pappagallo e Bennati, deceduti in seguito a malattie contratte in servizio militare.

Il prof. *Piccardi*, a nome dei colleghi di Torino, si associa alla commemorazione del prof. Vignolo-Lutati e con cuore di amico ne rimpiange la perdita.

Anche il prof. *Pini* aggiunge elevate parole di saluto alla memoria del prof. Vignolo.

Il presidente prof. *Pasini* fa quindi la relazione sull'attività svolta dall'Associazione dal 1914 al 1919; accenna al programma da attuarsi dalla nuova presidenza, e chiude assai applaudito, beneauspicando ad un maggiore incremento della specialità per il bene dell'umanità sofferente.

Il prof. *Piccardi* dà poi ragione di un ordine del giorno, sul quale interloquiscono i professori Montesano, Fiocco, Pini, Pecori, Cortona, Malusardi, Fischella, Truffi ed altri, nonchè il presidente professore Pasini.

Il prof. *Montesano*, con un notevole discorso, lamenta la mancata sistemazione dei dispensari celtici.

A conclusione si approva il seguente ordine del giorno del prof. Piccardi:

« L'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani; considerando che i dispensari celtici sono fra i mezzi più efficaci di profilassi delle malattie veneree e che la loro utilità in tal senso è concordemente riconosciuta da medici, sociologi e statisti; propone: 1º che il Governo imponga ai Comuni l'applicazione integrale della legge che istituisce almeno un dispensario per ogni 40.000 abitanti; 2º che a norma di legge i medici

direttori e assistenti dei dispensari sieno nominati per concorso e scelti fra coloro che presentino serie garanzie di competenza nella specialità (liberi docenti, specialisti riconosciuti ufficialmente, direttori di reparto della specialità); 3° che nei comuni al di sotto dei 40.000 abitanti si istituisca almeno un dispensario consorziale o compartimentale e che anche alla direzione di questi si provveda a norma di legge o subordinatamente con inviati dai centri maggiori con equa e decorosa trasferta; 4° che i dispensari — preferibilmente annessi alle cliniche, agli ospedali od agli ambulatori — perchè più facilmente possano affluirvi i malati, siano corredati di tutti i mezzi necessari diagnostici e terapeutici e sieno largamente forniti dei rimedi atti a far scomparire rapidamente le manifestazioni contagiose della lue celtica; 5° che in considerazione dell'importanza delle funzioni dei medici addetti ai dispensari e delle difficoltà dei tempi, ne siano migliorate le condizioni morali e materiali, sia nel riconoscere ad essi almeno gli stessi diritti di stabilità e pensione che hanno i medici condotti, sia coll'aumento adeguato degli stipendi quasi irrisori ».

Dopo l'approvazione di quest'ordine del giorno si procede alla nomina del nuovo Consiglio direttivo e vengono eletti: presidente prof. Fiocco; vice-presidenti professori Cappelli e Cavagnis: segretario professor Terzaghi; tesoriere il prof. Pecori.

Su proposta *Pini* l'assemblea delibera tra vivi applausi, di partecipare alle onoranze da tributarsi in Bologna all'illustre professor Majocchi in occasione del suo quarantesimo anno di insegnamento.

Il Convegno ha termine con applauditi discorsi dei professori *Pasini* e *Fiocco*.

Nell'Ordine dei Medici della provincia di Ferrara.

Il presidente dell'Ordine, prof. E. Casati, comunica, in una circolare, le deliberazioni prese dall'ultima assemblea:

1. Che i medici, d'ora innanzi, nei certificati per gli infortuni agricoli si limiteranno a trascrivere le generalità che servono a identificare la persona infortunata, la diagnosi e la prognosi trascurando tutte le altre domande inutili, e ciò come protesta ad una legge vessatoria pei medici, e senza alcuna utilità per gli infortunati.

2. Che una Commissione appositamente nominata studii il progetto di legge sull'Assicurazione contro le malattie e faccia alla Federazione degli Ordini le proposte ritenute eque nell'interesse dei medici.

3. Che la tariffa per le prestazioni mediche chirurgiche pubblicata dall'Ordine nell'anno 1914, sia raddoppiata, in rapporto all'enorme rincaro della vita.

4. Che si inizi subito una lotta a base di ostruzionismo per le prestazioni medico-legali, avvertendo che in nessun caso la risposta ai quesiti posti dall'Autorità Giudiziaria deve essere immediata, ma si deve sempre richiedere un periodo congruo di tempo per studiare e rispondere ai quesiti stessi. In nessun caso si deve stabilire la causa della morte quando si è chiamati all'esame di un cadavere senza una necroscopia completa col relativo esame microscopico dei pezzi raccolti e l'esame chimico del contenuto dei visceri.

La presidenza avverte, infine, che presso la sua sede funziona dal 1° dicembre un *ufficio di collocamento*.

Per la rappresentanza degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità.

Le prefetture hanno trasmesso ai Presidenti degli Ordini dei Sanitarii, recentemente nominati, il preavviso che a norma del R. D. 4 settembre saranno indette nel mese corrente le elezioni dei rappresentanti degli Ordini stessi nel Consiglio Superiore di Sanità; secondo le modalità prescritte dal R. Decreto 11 settembre 1913, n. 1195.

E con D. Min. le elezioni furono stabilite pel 29 corrente alle ore sedici presso il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), cui i Presidenti degli Ordini dei sanitari delle varie provincie devono in conformità dell'invito personale a ciascuno di essi rimesso, inviare la relativa scheda, nel modo prescritto, entro il giorno 21 dicembre 1919.

Per gli studenti di medicina sotto le armi.

L'on. Mauri ha interrogato il ministro della guerra per sapere se intenda accogliere la giusta richiesta degli aspiranti medici laureandi fuori corso perchè sia estesa anche ad essi la licenza di sette mesi accordata agli studenti di medicina iscritti al sesto corso, affinchè possano conseguire la laurea nel corrente anno scolastico.

Agli Ordini dei Medici.

I nuovi Consigli amministrativi sono risultati così composti per le provincie sotto indicate:

Arezzo. — Aimi Dino di Cortona; Belli Giuseppe di Rignano sull'Arno, presidente; prof. Ficai Giuseppe di Arezzo; Galletti Gallo di Anghiari, segretario; Santucci Aleardo di Montevarchi; Taddei Giovacchino di Pergine, tesoriere: Viviani Ugo di Arezzo.

Ferrara. — Casati prof. E., presidente; Simoncini E., vice-presidente; Pradella G., segretario; Gardi A., tesoriere; Ravenna U., Padovani E., Cavetti E., consiglieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8064) *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. F. da S. G. Anche per gli impiegati comunali è stata ammessa la massima che le persone convi-venti per dar luogo alla indennità caro-viveri di lire 100 debbono essere *minori od inabili a lavoro* essendosi considerato che la modifica apportata dal Decreto del 5 gennaio 1919, n. 18, quantunque non richiamata nel D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, pure è ad esso applicabile in quanto che agli impiegati anzidetti fu esteso il D. L. del settembre 1918 *nella misura e con le limitazioni stabilite per gli impiegati dello Stato.* È da notare che il predetto decreto del gennaio ultimo si rese esecutorio coevamente alla applicazione del decreto di massima del precedente mese di settembre.

(8065) *Pensioni. - Servizio interinale.* — Dott. O. B. da S. A. in V. I servizi interinali non si possono riscattare agli effetti della pensione. Quando essi sono prestati da chi è già iscritto alla Cassa sono calcolati unicamente agli effetti del raggiungimento del diritto alla pensione stessa. Il servizio prestato come assistente dell'Ospedale non è del pari riscattabile.

(8067) *Riscatto di anni di servizio.* — Dott. I. S. da M. B. Se non ha liquidata la pensione è ancora in tempo per riscattare gli anni di servizio, che l'ammnistrazione della Cassa di previdenza si rifiuta di ammettere in suo favore. All'uopo occorre avanzare analoga istanza alla amministrazione della Cassa in parola, chiedendo qual premio deve pagare pel riscatto, in quanto tempo la somma deve essere pagata ed a chi.

(8068) *Aumento di stipendio.* — Dott. E. A. da G. Pei medici condotti tutti gli aumenti stabiliti dal D. L. del 10 febbraio 1918 e 19 giugno 1919 sono ordinati dalla G. P. A. non in modo assoluto ma bensì tenuto conto delle condizioni speciali della località e della importanza dell'opera richiesta. La decorrenza degli aumenti è stabilita dal 1° ottobre 1919. Ella, oltre a lire 100 mensili, come dispone il precitato decreto del giugno, ed oltre l'indennità caro-viveri, sullo stipendio di lire 3500, dovrebbe, sulle prime lire 2000, avere il 30 per cento di aumento e sulle residuali 1500 il 15 per cento; in tutto lire 825. La R. M., stante la già ottenuta esenzione dovrà pagarla solo sugli aumenti.

(8069) *Ordine dei sanitari. - Polizza di assicurazione.* — Dott. C. T. da M. Il medico chirurgo che senza essere iscritto all'Ordine dei sanitarii esercita la professione è punito ai sensi dello articolo 53 terzo comma del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. Decreto del 1° agosto 1907, n. 636, cioè con pena pecuniaria non inferiore a lire 100. La polizza di assicurazione non è incompatibile con la pensione privilegiata.

(8058) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. N. da C. Agli impiegati interinali e, quindi, anche al medico condotto, compete la indennità caro-viveri quando coprano un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare perchè mancante ma non semplicemente assente.

(8059) *Medici delle Opere Pie. — Assicurazioni.* — Dott. abbonato 625. Ignoriamo se nella classe dei medici condotti e delle Opere Pie esista agitazione per l'applicazione dello articolo 45 del regolamento generale sanitario e non sapremmo, quindi, consigliarla a chi rivolgere la sua richiesta. Qualora Ella, come medico dell'Opera Pia eserciti ufficio di condotta in vece e luogo del Comune potrebbe chiedere, in vista della tenuità dello stipendio assegnatole, alla G. P. A. un aumento in applicazione dei DD. LL. 10 febbraio 1918, n. 107 e 19 giugno 1919, n. 973, e ciò in forza della circolare del Ministero dello Interno del 10 ottobre ultimo, n. 20400-1 — col combinato disposto del precitato articolo 45. — Allorchè la legge cui accenna sarà approvata potremo darle la indicazione che Ella richiede.

(8060) *Concorsi. - Documenti.* — Dott. P. D. T. da V. Se si tratta di documenti o meglio di certificati questi debbono essere presentati su carta da bollo da lire 2. Per i soli atti dello stato civile occorre, quando sono diretti fuori provincia, la legalizzazione della firma del Sindaco da parte del Presidente del Tribunale, per gli altri occorre la legalizzazione della firma del Sindaco da parte della autorità politica competente per territorio.

(8062) *Aumento di stipendio.* — Dott. C. A. da T. Ai medici condotti, come è chiarito dalla circolare del Ministero dello Interno del 15 ottobre ultimo N. 15700, non è applicabile il D. R. del 16 ottobre ultimo n. 1960, portante miglioramento agli stipendii degli impiegati municipali.

In forza della circolare del 16 ottobre ultimo, n. 20400, essi possono ottenere tutti gli aumenti stabiliti per gli impiegati dello Stato ricorrendo alla G. P. A. ai sensi dello articolo 16 della legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 335: Per aver diritto alla polizza di assicurazione occorre aver prestato servizio con reparti di truppa combattente. Circa la pensione che le può spettare per il trauma sofferto per ragioni di servizio, essa

non può essere considerata nella stessa categoria delle pensioni date in seguito a ferita riportata in combattimento.

All'abb. n. 10780:

La nuova indennità professionale stabilita dal D. L. n. 2070 spetta, naturalmente, anche agli ufficiali di complemento.

All'abb. n. 8630:

Essendo Ella ormai libero dal servizio nessuna difficoltà per la presentazione e l'accettazione delle sue dimissioni dal grado di ufficiale.

Al dott. G. L. da L.:

Il diritto all'indennità di congedamento è stato esteso anche agli ufficiali medici assimilati.

All'abb. n. 9411:

Non ritengo che il Ministero possa considerare continuativo il servizio da lei prestato, prima come ufficiale effettivo e poi come ufficiale di complemento, agli effetti della pensione. Comunque Ella potrebbe provare a far domanda in proposito al Ministero della Guerra. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il nostro amico e collaboratore dott. Guido Mendes, ten. col. medico, direttore del Sanatorio-Tubercolosario militare di Roma, ha conseguito a pieni voti la libera docenza in patologia speciale medica, svolgendo il tema: « La diagnosi radiologica precoce della tubercolosi polmonare ».

Al valente sanitario facciamo i nostri rallegramenti cordiali.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Longo Gaetano, Paduli.
Cavaliere: dott. De Ritfs Francesco, Napoli.

ALBO D'ORO.

CROCE DI GUERRA.

Prof. dott. Giovanni Zanetti, per la condotta tenuta quale capitano medico di complemento presso un reparto alpino, per oltre un anno di ininterrotto servizio sulla linea del fuoco.

CONDOTTE E CONCORSI.

BIELLA. *Ospedale degli infermi.* — Il termine utile per la presentazione delle domande al posto di chirurgo primario, è prorogato al 31 gennaio.

ROMA. *Ospedali Riuniti.* — Concorso per la nomina di 30 assistenti medico-chirurgi, come da annunzio pubblicato nel fasc. 47 a pag. 1409. Scadenza ore 15 del 31 gennaio. Età massima 34 anni al 15 dicembre. Tassa d'esame in L. 30, non reperibili, da versare presso il Tesoriere dell'Istituto; e ritenuta di L. 30, per spese di concorso, sul primo stipendio dei nominati. Stipendio lire 4.500 lorde annue. Le altre condizioni sono quelle già pubblicate.

ROMA. *R. Università degli studi.* — È aperto il concorso a un Premio Baccelli, Fondazione dell'Istituto Nazionale medico-farmacologico in Roma, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 1.00) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui al precedente articolo, al Rettore della Università, non più tardi del giorno 10 gennaio 1920. Alle istanze debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

La Commissione composta di cinque membri, fra i quali saranno compresi i professori di Clinica medica, di Patologia medica e di Farmacologia, prenderà in esame i lavori e le pubblicazioni presentati dai candidati e indicherà, possibilmente non più tardi del 20 febbraio 1920, i nomi dei vincitori, riferendo brevemente, con apposita relazione, le ragioni che l'hanno indotta all'assegnazione del Premio.

Gli atti della Commissione sono sottoposti alla revisione del Consiglio della Facoltà Medica e del Consiglio Accademico.

Medico chirurgo giovane, sei anni pratica ospedali, condotte, offresi. Scrivere De Bella Antonino Falconara Albanese (Cosenza).

Diffide e boicottaggi.

La Sezione Elbana dell'Associazione Nazionale medici condotti segnala il boicottaggio proclamato contro la condotta medica di Rio Marina (Isola d'Elba — prov. di Livorno), perchè il concorso fu testè bandito col sistema della condotta piena, collo stipendio di anteguerra e senza aumenti sessennali.

In seguito alla diffida apposta al concorso pei due posti di medico condotto nei reparti suburbani del Comune di Padova — diffida da noi pubblicata per invito di quella Sezione dei medici condotti — il Commissario Prefettizio, in sostituzione del Consiglio Comunale, con deliberazione 1º dicembre, approvata dalla G. P. A. il successivo giorno 5, bandiva un altro concorso per i due posti suddetti, prorogandone i termini fino al 23 dicembre assegnando a ciascun posto l'annuo stipendio di L. 5.500, oltre l'indennità normale caro-viveri a sensi del D. L. 9 marzo 1919 e altra indennità suppletiva temporanea comunale di L. 750: inalterate rimanendo tutte le altre condizioni incluse nell'avviso di concorso in data precedente.

Uffici di collocamento.

Piemonte e Liguria: Torino, via dei Mille, 16 (presso l'Ordine dei Medici di Torino);

Lombardia: Milano, via Dogana, 2 (presso la Presidenza centrale);

Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei, 10 (presso l'Ordine dei Medici);

Emilia e Romagna: Bologna, Archiginnasio (presso la sede della Sezione Bolognese).

Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'Ordine dei Medici).

Ferrara, presso la sede dell'Ordine dei Medici (per la provincia).

Chiedere le condizioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso nazionale di dermosifilografia.

Al Policlinico Umberto I di Roma, nella R. Clinica dermosifilopatica, si è svolto, dopo una interruzione di quattro anni, il Congresso della Società italiana di dermatologia e sifilografia.

Pronunziò il discorso inaugurale il prof. Mantegazza, il quale si trattenne a ricordare l'obbligo particolare dei cultori della specialità dermosifilografica di occuparsi — all'infuori del comune lavoro quotidiano — di questioni d'indole profilattica sociale.

Daremo prossimamente notizia del lavoro compiuto dal Congresso.

Prima di chiudersi, il Congresso ha inviato un telegramma di devoto omaggio e di auguri al sen. prof. Tommaso De Amicis, ed ha deliberato di parteeipare alle onoranze da tributarsi al professor Majocchi.

Il nuovo ufficio di presidenza venne così costituito: prof. Ducrey, presidente; proff. Pini e Radaeli, vice-presidenti; prof. V. Montesano, segretario; prof. Malusardi, cassiere.

Il Congresso si chiuse con applauditi discorsi dei proff. Breda, Mantegazza, Pasini, Majocchi ed altri.

I Congressi e l'Esposizione di Monaco.

A completare il grande avvenimento dei Congressi per l'espansione delle Stazioni Termominerali, Climatiche e Balneari delle Nazioni alleate od amiche — Congressi che si terranno nell'aprile venturo per iniziativa del Principe di Monaco — si terrà pure una grande Esposizione.

Ora la Direzione del Touring Club Italiano, incaricata della organizzazione della partecipazione italiana a questa importante manifestazione internazionale, ha diramato a tutte le Stazioni italiane, di soggiorno e di cura una Circolare chiedendone l'adesione.

L'Esposizione verrà inaugurata il 20 aprile e rimarrà aperta fino a tutta la stagione invernale 1920-21. Sarà divisa in cinque Sezioni:

1. *La Esposizione storica* (documenti, quadri, stampe, lavori di idrologia vecchi autografi, cimeli archeologici, medaglie ecc.).
2. *Esposizione scientifica e terapeutica* (apparecchi impiegati per le applicazioni e documentazione scientifica).
3. *Esposizione artistica e turistica* (vedute generali e particolari della Stazione e dintorni);
4. *Vedute di proiezione o pellicole cinematografiche* (anche ad illustrazione di speciali conferenze).
5. *Esposizione industriale e commerciale* (con speciale riguardo alla materia trattata nei Congressi).

Convegno delle pubbliche assistenze.

Il 20 ottobre si tenne in Roma un Convegno della Federazione Nazionale fra le Società e Scuole di pubblica assistenza.

Accertato il patrimonio attuale in oltre mezzo milione ed avvisato ai provvedimenti per aumentarne sempre più la portata, si è deliberato di istituire le seguenti opere di patronato in tutta l'Italia: eliminazione dell'accattonaggio col ricovero e con la protezione dei vecchi e degli inabili al lavoro e con uffici di collocamento; ricovero per l'educazione dell'infanzia abbandonata; stazioni climatiche e marine e dispensari anti-tubercolari; cassa di assicurazione per i militi e per gli orfani dei militi morti in guerra o in servizio.

Si è deliberata poi la fondazione di nuove Società, specialmente nel Mezzogiorno, nelle isole e nelle nuove terre annesse o da annettersi alla Patria.

Nel giornalismo medico.

Vede or ora la luce il numero 1º della 7ª annata del periodico « Tumori », diretto con tanta perizia dal prof. G. Fichera.

Il fascicolo contiene tre pregevoli lavori originali (Grosso, sulla trasmissione sperimentale del carcinoma nei muridi; Borzini, su di un lipoma profondo della coscia; Perez, sui carcinomi dello stomaco e loro cura chirurgica); una ricca rassegna bibliografica; un copioso bollettino delle recenti pubblicazioni di oncologia. È corredato di nove tavole.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 21 dicembre 1919* **Fasc. 51**

(*Pubblicato il 24 dicembre 1919*).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Ai Medici Italiani,

Comincia il « Policlinico » a salire l'erta del suo XXVII anno di esistenza, sempre più diffuso, reso dall'esperienza sempre più accorto, sempre eguale nell'indirizzo clinico severo e nella onesta difesa degli interessi della classe medica. Ma l'erta è faticosa.

La medicina s'immedesima ormai così nelle molteplici manifestazioni della vita sociale, che d'ogni orientamento della politica risente i riflessi. L'anno scorso, nell'entusiasmo della nostra grande vittoria, noi vedevamo l'Italia sicura nei suoi naturali confini, libera d'ogni soggezione, assumere posto d'onore nella Lega delle Nazioni, per guidare il mondo verso ideali di elevamento umano e di giustizia sociale. Gli ideali d'Italia non sono mutati; ma il cammino delle umane genti verso il bene è così intralciato e stentato che occorrerà vincere intoppi più grossi forse che quelli della guerra, occorrerà lottare per tempo molto più lungo che la lunga guerra, prima di vedere quel radioso domani, che era promesso ai popoli liberi come premio immediato della vittoria.

Più disgraziata che le altre nazioni vincitrici, l'Italia traversa ancora un periodo di depressione politica ed economica. Noi non disperiamo tuttavia del suo avvenire.

Nell'attuale ribollimento di idee, nel cozzo di forze in contrasto, nell'esaltazione delle lotte politiche, nelle presenti difficoltà, noi osiamo presagire che si svolgeranno correnti nuove che metteranno l'Italia nei campi del pensiero e delle opere al livello delle nazioni più progredite.

Ciò nonpertanto, finchè la crisi imperversa non è consentito al giornalismo medico di proporsi vaste trasformazioni. Chi vuole assecondare con le opere le promesse fatte non può pensare a rinnovamenti che importano aumenti di lavoro e di spese, quando ogni lavoro è enormemente difficile e costoso. E nella sincerità ch'è la nostra divisa, noi dobbiamo confessare che ancora dura per noi il periodo di raccoglimento.

Raccoglimento non significa e non importa arresto, ma preparazione di energie, per spiegarle a più ampio volo. Niente s'improvvisa; senza preparazione adeguata non s'ottiene nulla di buono e di duraturo.

Finita la guerra, si è fatta, nell'anno decorso, una scelta più scrupolosa dei lavori originali; si è potuto tener conto non solo della produzione scientifica e clinica dei paesi alleati, ma anche di quella dei paesi già nemici; abbiamo affrontato le grosse questioni che alla classe medica derivavano dalla predisposta assicurazione sociale contro le malattie. Abbiamo inoltre con riviste sintetiche illustrati molti problemi clinici nuovi. A mano a mano che scemavano le esigenze della medicina di guerra nel campo clinico e nel campo degli interessi professionali, abbiamo potuto dedicare lena e lavoro alle questioni della grande clinica, al riordinamento dei servizi sanitari, ai problemi d'igiene sociale.

Per solerte e zelante che fosse, e pure opportunamente costituita nell'armonica fusione delle più varie competenze, la redazione ordinaria non poteva da sola sommare tanta copia di materiale selezionato quanta ne contiene il « Policlinico » nell'annata che si chiude.

Si deve al fiducioso accentrarsi dei lavori dei medici d'ogni scuola e d'ogni categoria, si deve allo spirito di indipendenza e al sentimento affettuoso con cui sono sempre esaminati e scelti questi lavori, per rivolgerli ai fini superiori di migliorare la coltura e l'esperienza clinica, nonchè di tutelare efficacemente i giusti interessi dei medici, se il « Policlinico » ognora guida e sorregge il medico pratico in qualunque delle sue mansioni, se esso è il vivo e vero giornale del medico pratico italiano.

Tale rimarrà, mentre noi nella simpatica convergenza di intenti e di lavoro vediamo maturare quel rinnovamento che la fede nel domani d'Italia ci addita.

LA REDAZIONE.

L'Amministrazione del " POLICLINICO " non ha atteso che l'Anno nuovo cominciasse per dar prove tangibili della sua buona volontà e degli sforzi diretti a raggiungere quei perfezionamenti tecnici del giornale che sono la sua mira costante.

Poco dopo che la guerra finì " IL POLICLINICO " riprese la sua antica veste tipografica con carta migliore di quella anti-bellica, sebbene di costo dieci volte maggiore. I lettori non ignorano la corsa sfrenata agli alti prezzi e le gravi difficoltà in cui si dibatte l'industria tipografica, specie per i continui scioperi degli operai, tuttavia l' Amministrazione lottò strenuamente per mantenere i propri impegni verso gli Abbonati ed è lieta di poter pubblicamente constatare di esservi riuscita forse al di là delle proprie speranze e poggiando unicamente sulle sue forze.

Così noi chiudiamo l'anno perfettamente al corrente, mentre altri nostri confratelli sono ancora in arretrato di mesi.

Questo recente passato è arra sicura per l'avvenire: le difficoltà da superare saranno forse maggiori, l'acuta crisi economica che attraversa la nazione sarà forse più profonda ed i costi continueranno a crescere. Gli altri giornali, e non d'Italia soltanto, hanno creduto di premunirsi aumentando notevolmente i prezzi d' abbonamento; noi restiamo fermi, per la Sezione che più direttamente interessa i medici pratici, nel prezzo attuale.

E' un rischio grave che affrontiamo, ma lo facciamo volentieri e risolutamente nella fiducia che la simpatia del pubblico medico italiano continuerà sempre a sorreggerci, e che mai ci verrà meno la benevolenza dei nostri abbonati, i quali, ne siamo certi, in questi difficili momenti si stringeranno attorno a noi per sostenere validamente questa nostra Opera, che vive per la classe medica e solo da essa intende di essere mantenuta.

L' AMMINISTRAZIONE.

ABBONAMENTI PER IL 1920.

	ITALIA	ESTERO
Alla sezione pratica	L. 20.50	Fr. 28
Alle sezioni medica e pratica	» 27.50	» 35
Alle sezioni chirurgica e pratica	» 27.50	» 35
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica	» 35.00	» 45

(Estero: in oro)

Saremo assai grati ai Signori abbonati che vorranno rinnovare l'abbonamento avanti che cominci il nuovo anno. Ciò agevolerà molto il lavoro amministrativo e la puntuale spedizione dei fascicoli.

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. L. CONCETTI

Emiplegia da malaria in un bambino lattante

per il dott. L. SPOLVERINI, aiuto e docente.

Nelle forme malariche estivo-autunnali dei bambini, in ispecie in quelli al di sotto di due anni di età, occorre di osservare con relativa frequenza la forma clinica così detta eclamptica, caratterizzata da attacchi convulsivi clonico-tonici per lo più generalizzati, qualche volta invece limitati ad una parte del corpo, e che si succedono ad intervalli più o meno ravvicinati a seconda della gravità e dell'intensità dell'infezione. E molte volte, se non soccorresse l'esame del sangue e l'anamnesi, tale forma clinica si potrebbe facilmente confondere con un vero attacco meningitico sia della base e sia cerebro-spinale a decorso rapido.

Di regola quando i piccoli infermi tendono alla guarigione i fenomeni convulsivi si diradano, divengono meno intensi, fino a scomparire del tutto, senza lasciare traccia a carico dei muscoli, a causa appunto di ogni assenza di processo flogistico sia delle meningi e sia della sostanza cerebrale.

Recentemente però noi abbiamo avuto occasione di osservare un caso che ha presentato notevole eccezione alla norma sia per ciò che si riferisce alla persistenza della forma clinica (vera emiplegia), e sia per riguardo all'età del paziente; forma clinica la quale se è sempre abbastanza rara ad osservarsi negli adulti, è rarissima nel bambino lattante.

Ho creduto quindi utile illustrare brevemente il caso.

T... Gina, di mesi 11, di Formello (Provincia di Roma), entra in clinica il 9 settembre 1918.

Padre sofferente di malaria, fumatore e bevitore. Madre sana: 4 gravidanze normali, solo un bambino morto a 16 mesi sembra per infezione malarica. Gina è allattata dalla madre; però da 4 mesi mangia anche cibi incongrui. È stata sempre bene, soltanto qualche volta ha *avuto febbri di breve durata*; la madre non sa precisare nè il numero, nè l'intensità.

Il 2 settembre fu colta di notte da forte febbre, e dopo circa 10 ore comparvero attacchi convulsivi clonico-tonici generalizzati ed uguali per tutto il corpo, compresa la testa, movimenti dei globi oculari e bava dalla bocca. Essi durarono forti per circa tre ore, eppoi andarono diminuendo di intensità fino alla sera del 3 in cui cessarono. Il 4 pure perdurando la febbre, sebbene in grado alquanto minore, non si ebbero fenomeni convulsivi, solo la bimba rimaneva come assopita per lunghi intervalli, e la madre si accorse che la metà destra del corpo (arti superiore ed inferiore) era colpita da paralisi non completa, in quanto che qualche movimento era ancora possibile.

Il giorno 5 si ripetettero gli attacchi convulsivi limitati però alla sola parte destra del corpo, compresa la metà destra della faccia senza perdita di orina e fecce; attacchi che si rinnovarono con una certa frequenza ed abbastanza lunghi fino al giorno 7; e che sembra coincidessero con le elevazioni di temperatura, la quale persisteva, sebbene in genere meno forte. Un sanitario chiamato ordinò purga e bagni caldi; gli attacchi convulsivi cessarono; ma la febbre persistendo ed il pallore aumentando, il giorno 9 la madre condusse la bambina in Clinica.

All'esame obbiettivo si notava:

Stato generale della nutrizione buono: cute e mucose visibili assai pallide. Organi toracici normali; polso uguale, frequente, piccolo. Addome indolente, alquanto meteorico. Fegato ingrandito *in toto*, deborda due dita dall'arcata costale con bordo tagliente, di consistenza aumentata ed a superficie liscia. Milza palpabile due dita al di sotto della linea ombelicale trasversa, dura, liscia, indolente. Sistema linfatico normale: funzioni gastro-intestinali discrete.

Decubito indifferente: l'esame obbiettivo del sistema nervoso data la tenera età della paziente

non può essere praticato completo. Per altro nulla si nota a carico dei muscoli oculari, durante il pianto la metà destra della faccia si contrae meno bene della sinistra, ove la plica naso-labiale è più accentuata; movimenti della lingua normali, possibili quelli del capo per ogni senso, e degli arti superiore ed inferiore sinistri. Gli arti superiore ed inferiore destri giacciono quasi immobili sul letto: per altro la bambina ogni tanto riesce a muoverli parzialmente nei vari segmenti ed a sollevarli in modo assai limitato dal piano del letto; anche le dita della mano prendono parte attiva ai movimenti. Quelli passivi oppongono una resistenza di poco maggiore della normale. Nessun accenno di atrofia muscolare. Riflessi tendinei (bicipitale e rotuleo) più vivaci a destra che a sinistra; Babinski presente a destra, assente invece l'Oppenheim ed il Körnig; dermografismo lieve; sensibilità sembra invariata; pupille uguali bene reagenti alla luce. Impossibile stabilire la presenza o meno di disturbi vescicali e rettali. Sensorio integro. La bambina non è assopita nemmeno ad intervalli e poppa bene: temperatura 38.4. Esame delle urine negativo.

La puntura lombare dà esito alla fuoriuscita di 20 cm^3 di liquido limpido sotto discreta pressione coi seguenti caratteri: reticolo assente; albumina 0.45 per mille; Rivalta negativa; cloruri 7.50 per mille; sedimento scarsi linfociti (in media tre per ogni campo microscopico); ricerca batterioscopica e batteriologica negativa.

In vista di tale reperto (quello cioè di una iperidrosi tossica) noi ci limitiamo a tenere in osservazione la bambina nei due giorni seguenti 10 ed 11, prescrivendo soltanto bagni caldi, due iniezioni di olio canforato, borsa di ghiaccio in testa ad intervalli e dieta lattea materna. Non si constatano altri attacchi convulsivi, invece la bimba si mantiene tranquilla, con funzioni gastro-intestinali buone, nessun cambiamento apprezzabile all'esame del sistema nervoso, febbre oscillante tra i 39 e 38 a tipo irregolare, raggiungendo nel pomeriggio dell'11 fino a 36.5, per poi dopo poche ore tornare a salire rapidamente a 38.5; nei momenti in cui la temperatura è più alta la piccola si assopisce. Widal negativa pel tifo e paratifo.

Per altro tenuto conto, sia dell'andamento irregolare della temperatura, la quale del resto non trovava spiegazione nè nello stato degli organi interni nè nei risultati delle ricerche praticate sul siero di sangue, sulle urine e sul liquido cefalo-rachidiano, e sia del pallore aumentante insieme anche al tumore di milza, constatato grande fino dal primo momento, eseguiamo l'esame del sangue dal punto di vista della malaria, che risulta positivo con *reperto abbondantissimo per la terzana estiva* e con forme endoglobulari, di cui la maggior parte senza pigmento.

Il giorno 13 si iniziano subito le iniezioni di cloridrato di chinino alle dosi di 30 cgr. al giorno, che si continuano immutate per cinque giorni consecutivi (17 settembre), epoca in cui la febbre è andata diminuendo fino a cessare del tutto e non si è più ripresentata in seguito, avendo costantemente la piccola continuato a prendere 30 cgr. *pro die* di bisolfato di chinino per bocca, e mistura Baccelli.

Il giorno 15 si può constatare che i movimenti passivi degli arti di destra non oppongono più una resistenza sensibilmente diversa da quelli di sinistra; il resto dei sintomi si mantiene invariato, pure stando la bambina tranquilla e più sveglia. Per altro il 19 nel pomeriggio si constata invece un aumento di ipertonia muscolare nella metà destra; per cui si ripete la puntura lombare con risultato presso che identico alla prima; ed anche l'esame del sangue fa vedere delle forme circolanti estive sebbene naturalmente diminuite di numero.

Il 18 si avverte l'inizio di riduzione nel volume della milza, quasi scomparsa l'ipertonia muscolare, in diminuzione evidente i sintomi paralitici tanto del facciale inferiore di destra che degli arti dello stesso lato.

Tale miglioramento continua lento ma progressivo nei giorni seguenti, senza la presenza di alcun fatto nuovo degno di nota, al punto che il 30 settembre la madre vuole uscire dalla clinica con la bambina, a carico della quale residua soltanto una evidente paresi degli arti superiore ed inferiore di destra, che provoca limitazione nei movimenti attivi relativi, impossibilità di reggersi bene dritta con le due gambe, e di fare regolari passi se sorretta, come dovrebbe verificarsi data l'età di 11 mesi; riflessi rotulei alquanto più vivaci a destra che a sinistra.

Si continua colla cura chininica e si rivede la piccola dopo altri 25 giorni e si constata: normale l'arto inferiore destro, la stazione eretta, la deambulazione, ed il riflesso rotuleo: unico residuo, una lieve limitazione nei movimenti attivi dell'arto superiore destro, la milza quasi rientrata nei limiti normali ed anche il fegato notevolmente ridotto.

Giova da ultimo notare che anche la madre, dopo 12 giorni, dacchè era ricoverata in clinica insieme alla figlia, ha presentato attacchi febbrili di natura malarica estiva, presto troncati dal chinino.

Risulta evidente dall'esposizione della storia clinica che una diagnosi completa non solo di sede ma anche dal punto di vista etiologico e patogenetico della sindrome nervosa da cui era stata colta la bambina, noi non riuscimmo a farla se non dopo il risultato positivo del sangue per la malaria; giacchè nel primo momento noi non avevamo pensato ad una tale probabilità, in vista anche della rarità di essa in specie in bambini lattanti.

Facile difatti era il porre la diagnosi clinica di emiplegia destra consecutiva ad un grave attacco eclamptico febbrile, ma altrettanto difficile appariva, anche dopo fatto l'esame obbiettivo e le ricerche sul liquido cefalo-rachidiano, stabilirne la natura e la sede.

La forma emiplegica poteva essere messa in rapporto con 4 lesioni anatomiche diverse: emorragia cerebrale, encefalite, trombosi dei vasi cerebrali ed embolia.

L'emorragia cerebrale nei bambini in genere è rarissima, al punto che alcuni esperti pediatri (tra cui l'Henoch) negano persino la possibilità, e tanto più poi nei lattanti; giacchè i due fattori indispensabili perchè essa possa verificarsi (iper-

tensione ed alterazioni delle pareti vasali) non si riscontrano si può dire quasi mai nei bambini. A parte queste considerazioni di ordine generale, nel caso nostro poi il modo come l'emiplegia si era prodotta, cioè consecutiva ad un grave attacco eclamptico generalizzato, la contemporanea presenza di febbre elevata, che aveva preceduto di molte ore le convulsioni, il ripetersi di attacchi eclamptici clonico-tonici per altri tre giorni consecutivi nella metà emiplegica del capo, la limpidezza del liquido cefalo-rachidiano, la mancanza assoluta di malattie anche pregresse che lasciassero intravedere la predisposizione ad una tale forma morbosa, ed altre considerazioni ancora di minore importanza, ci fecero facilmente escludere la probabilità di un' emorragia cerebrale. Parlavano invece a favore dell'encefalite: l'inizio brusco del male con febbre elevata, gli attacchi convulsivi dapprima generalizzati eppoi localizzati con ogni probabilità in corrispondenza della zona rolandica di sinistra, la ipertonia, l'aumento dei riflessi tendinei negli arti paralizzati, il polso piccolo, la sonnolenza, il decorso dell'affezione, sempre con febbre, l'aumento del liquido cefalo-rachidiano. Infine anche la considerazione d'ordine generale che tale forma morbosa occorre piuttosto frequentemente pure nella prima infanzia ci portava a concludere che la bimba fosse stata colpita da un focolaio di encefalite nella zona rolandica di sinistra. Ed a tale deduzione noi saremmo indubbiamente giunti nei primi due giorni di osservazione in clinica, se il risultato dell'esame del liquido cefalo-rachidiano non ci avesse sollevato seri dubbi in proposito. Difatti si riscontrava liquido limpido, albumina appena appena aumentata, assenza di reticolo, citodiagnosi e ricerche batteriologiche negative. Orbene, come era possibile conciliare tale reperto con la presenza di un'encefalite che certamente, dato il quadro clinico che si osservava, doveva essere infettiva? Non avrebbe evidentemente in tale caso dovuto fare difetto un contemporaneo risentimento meningeo, traducentesi per lo meno (anche nell'assenza di germi) in un aumento evidente di albumina, nella presenza di globulina, e di elementi figurati all'esame microscopico. Invece, il reperto del liquido era quello di una iperidrosi semplice; per cui la diagnosi di encefalite dovette restare sospesa, visto che le ricerche di laboratorio non concordavano con quelle deduzioni che con maggiore probabilità sembrava dovessero trarsi dalla sindrome clinica.

Si poteva anche pensare all'evenienza di una embolia dell'arteria silviana di sinistra. Ma una embolia infettiva preceduta ed accompagnata da febbre così elevata, come quella riscontrata nella nostra bambina, avrebbe dovuto presupporre la esistenza già da qualche tempo o di un'endocardite maligna in atto, o di qualche ascesso necrotico in corrispondenza di un grosso vaso sanguigno usurato, o di una flebite infettiva; affezioni tutte che venivano escluse dall'esame obbiettivo oltre che dalle notizie anamnestiche, le quali dimostravano chiaramente come l'emiplegia fosse sopraggiunta in uno stato di benessere precedente, senza un vero *ictus* e soltanto invece durante un attacco convulsivo generalizzato febbrile.

Quindi la diagnosi di semplice embolia non trovava appoggio nè pel modo come si era svolta la sindrome morbosa, nè per la mancanza del focolaio da dove essa sarebbe dovuta partire, nè per le notizie anamnestiche.

Rimaneva in ultimo a discutersi le possibilità di una trombosi. Ma contro la trombosi dei vasi cerebrali, intesa nel senso classico della parola (malattia ad ogni modo rara nell'età infantile), parlava la mancanza dei due sintomi indispensabili, quali il rallentamento della circolazione sanguigna per grave marasmo del paziente e la abituale alterazione delle pareti vasali provocata da speciali e gravi malattie pregresse; senza contare che nel caso nostro, mentre è mancata la caratteristica diffusione progrediente della trombosi, si è avuto invece forte elevazione di temperatura persistente, attacchi convulsivi generalizzati precedenti, limpidezza del liquido cefalo-rachidiano, ecc., ecc.; fatti tutti che non deponevano davvero a favore della comune trombosi.

Per fortuna il rinvenimento del parassita malarico della forma estiva, ed in grande abbondanza nel sangue circolante, nel mentre ci permise la cura razionale, ci illuminò sulla diagnosi e quindi sulla prognosi, oltre che ci diede ragione dell'ulteriore svolgimento favorevole del quadro morboso e del reperto del liquido cefalo-rachidiano.

Sono note difatti, in specie per gli studi di Marchiafava e Bignami, le alterazioni degli endoteli dei vasi cerebrali nelle forme estivo-autunnali. Le forme parassitarie si trovano specialmente addossate alla parete vasale, e nelle sezioni trasversali si vedono endoteli rigonfi, con blocchetti più o meno grandi di pigmento, contenenti anche parassiti e numerose spore, insieme a leucociti pigmentati. Ed in casi ove la sporulazione è abbondante ed il lume vasale non troppo ampio può occorrere che accumuli di spore libere, blocchetti di pigmento ed endoteli vasali alterati riescano ad occludere più o meno parzialmente il lume, provocando una vera *trombosi parassitaria*, con la conseguente sindrome clinica in relazione alla regione cerebrale colpita.

Ammettendo pertanto — come il più corrispondente al vero — un tale concetto etiologico e patogenetico relativo alla forma speciale di trombosi da cui la nostra bambina era stata colpita in corrispondenza della zona rolandica sinistra, riesce agevole la spiegazione del quadro sintomatico riscontrato anche nei giorni seguenti all'attacco principale, tra cui in prima linea gli attacchi eclamptici, che si ripetettero ad intervalli dal 4 al 7 settembre, a carico dei muscoli della metà destra del corpo: difatti, persistendo la causa irritativa prodotta dall'enorme accumulo dei parassiti malarici in quella data regione, ne dovevano derivare fenomeni convulsivi a tipo Jacsoniano, esacerbantesi inoltre nei momenti di elevazione termica.

Così pure il responso dell'esame del liquido cefalo-rachidiano estratto non poteva essere diverso da quello di una semplice iperidrosi, dal momento che, come è noto, il parassita malarico non ha proprietà flogogene. L'iperidrosi riscontrata doveva più che altro essere messa in rapporto coll'intensa iperemia delle leptomeningi che sempre accompagna questa forma morbosa, oltre che a fatti tossici consecutivi all'iperpiressia, tanto facile a riscontrarsi nelle varie forme morbose dell'infanzia; iperidrosi che aveva a sua volta contribuito all'esplosione dell'eclampsia generale, agendo tutti questi fattori su un sistema nervoso labilissimo e sensibilissimo a qualsiasi agente non fisiologico, quale doveva necessariamente essere quello della nostra bambina di soli 11 mesi, allattata per giunta da una madre anch'essa con malaria in atto!

Infine non può arrecare meraviglia sia l'ulteriore favorevole svolgimento della malattia nel suo complesso, e sia la guarigione e la scomparsa completa della sindrome nervosa verificatasi anche in breve tempo; giacchè conviene ammettere che la trombosi fu parziale, per cui il cervello potè continuare ad essere nutrito.

***

Se noi poniamo la questione quali sono le febbri malariche che possono determinare simili fenomeni nervosi, si può, basandosi sull'esperienza, senz'altro rispondere che si tratta sempre, come nel caso nostro di forme estivo-autunnali, giacchè, come assai giustamente fa notare lo Schupfer, ciascuno dei casi descritti dal Pucinotti, dal Villard, dal Gziesinger, dal Mancini e dal Granet, in cui il paziente aveva sofferto di accessi terzanarii od anche quartanari, si riferisce ad osservazioni fatte in tempi, in cui si può anche dubitare dell'esattezza della diagnosi.

Inoltre l'esperienza dimostra che, nella malaria estivo-autunnale, i fenomeni nervosi possono è vero comparire fino dal primo giorno di una infezione primitiva (De Francesco e Panichi) oppure dopo qualche giorno di febbre (Marchiafava, Schupfer), ma in generale compaiono dopo un numero molto maggiore di accessi febbrili.

Orbene nella nostra bambina riesce veramente incerto lo stabilire con esattezza la cosa, in quanto che l'anamnesi da un lato (febbri irregolari qualche volta sofferte in precedenza dalla bambina) e l'esame obbiettivo dall'altro (enorme tumore di milza e di fegato constatato, insieme ad un evidente grado di pallore dopo soli 8-9 giorni dall'attacco febbrile), ci lasciano veramente assai dubbiosi nel precisare l'epoca dell'inizio della malattia.

***

Assai importante può essere lo stabilire la causa predisponente della comparsa di simili fenomeni nervosi, e quindi quale influenza vi può esercitare l'ereditarietà, l'alcoolismo, la sifilide, od altre malattie pregresse sia nervose, sia infettive. A carico della nostra piccola per altro non risulta nulla di notevole dal lato anamnestico tranne un discreto grado di alcoolismo nel padre e più che altro l'infezione malarica in ambedue i genitori. Fatti questi che indubbiamente possono avere contribuito a determinare fino dalla nascita una minore resistenza nell'organismo della piccola lattante di fronte a tutte le cause morbose di qualsiasi natura, senza contare inoltre la presenza dell'altro elemento, anch'esso certo molto suggestivo, di attacchi di malaria estiva in atto nella madre, tanto precedenti alla malattia attuale della bambina, quanto constatati da noi 15 giorni dopo. Ora se si pensa che la paziente si nutriva per la massima parte al seno materno, è facile dedurre i danni che con ogni probabilità ne dovevano derivare alla piccina, giacchè anche volendo ritenere che simili fattori non abbiano in realtà esercitato una diretta influenza sulla comparsa della grave complicanza nervosa; possono per altro avere contribuito ad aggravarla ed a ritardarne alquanto la guarigione.

***

La maggior parte degli osservatori è concorde nell'ammettere che il chinino non esercita alcuna azione sulla complicanza nervosa da malaria; da altra parte tutti consigliano, anche durante l'apiressia di somministrarlo in dosi non troppo generose, per evitare le recidive, durante le quali i fenomeni nervosi possono per lo meno aggravarsi. A tale proposito la mistura Baccelli sarà sempre raccomandabile, perchè oltre al chinino contiene anche il ferro e l'arsenico, ottimi ricostituenti.

Roma, settembre 1919.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

Forme atipiche della febbre tifoide

per il prof. EMANUELE MONDOLFO, assistente.

(*Continuazione e fine: vedi fascicolo precedente*).

Meningo-tifo. — S'intende dunque per meningo-tifo una febbre tifoide, la quale atipicamente esordisce con una sindrome meningea, per lo più a forma cerebro-spinale, talora anche con i caratteri della meningite basilare.

Che il bacillo tifico possa infettar le meningi è nozione di vecchia data. Esistono tuttavia, come si vedrà dalle osservazioni cliniche che verremo esponendo, casi di meningo-tifo, ne' quali le culture del liquido cefalo-rachidiano non rivelarono forme microbiche.

Neumann e Schoeffer pei primi (1887), poi Roux (1888) e Adenot (1889) isolarono, in casi di meningite cerebro-spinale, microrganismi non identificati con sicurezza, ma certamente affini al bacillo del tifo. E Mensi e Carbone (1893), in un caso di meningite cerebro-spinale bruscamente insorto in una bambina convalescente di febbre tifoide, isolarono dal pus delle meningi un bacillo tifico sicuramente identificato con le prove culturali.

Daddi (1894) osservò pure un caso di meningite in un bambino, venuto a morte dopo due settimane di malattia. Dal pus denso e cremoso, che fu trovato in corrispondenza dei lobi frontali e sulla faccia superiore del cervelletto, questo autore isolò il bacillo di Eberth.

Lereboullet (1910) vide iniziarsi una febbre tifoide con tutti i sintomi di una meningite cerebro-spinale. Ed una osservazione analoga appartiene a Trémolières (1910). In ambedue i casi il liquido cefalo-rachidiano presentava una lieve reazione linfocitaria, senza forme microbiche.

In un ammalato di Weill (1911) il tifo esordì con fenomeni di ipertensione intracranica, con cefalea intensa, amaurosi transitoria, fenomeni meningei evidentissimi. Nel liquido cefalo-rachidiano esisteva una netta reazione linfocitaria. Nella ulteriore evoluzione della malattia si dileguarono i fenomeni nervosi, e seguì una febbre tifoide con benigno decorso. L'emocultura diede sviluppo al bacillo di Eberth, mentre riuscirono negative le culture del liquido cefalo-rachidiano.

Interessante è l'osservazione di Carrol (1912), il quale, avendo isolato il bacillo tifico dal liquido cefalo-rachidiano di un bambino, ed essendo state escluse all'autopsia le lesioni della milza, dell'intestino e dei gangli mesenterici, concluse trattarsi di una meningite tifica primitiva.

Forme cerebro-spinali tipiche videro all'inizio del tifo Schultze, Oelsnitz, Bourcart e Ronchèse, Sartory, Spillmann e Lasseur, Orticoni e Ameuille.

Cottin e Gastinel (1916) osservarono un caso di tifo, che si svolse coi sintomi di una meningite tubercolare e con una pleurite siero-fibrinosa. Il liquido cefalo-rachidiano presentava reazione linfocitaria, ma le culture di esso fecero riconoscere il bacillo di Eberth: lo stesso germe fu anche isolato dal liquido pleurico e dal sangue. Mancarono in modo assoluto i sintomi intestinali.

Riferiamo infine le osservazioni di Sacquépée e di Tolmer e Weissenbach, nelle quali la sindrome meningea era dovuta ad infezioni paratifiche.

Sacquépée (1910), in due epidemie da paratifo B, osservò, in un certo numero di casi (14-25 %), un esordio nettamente meningeo (cefalea, rachialgia, rigidità della nuca, Kernig, ecc.); si risolvevano dipoi i fenomeni meningei, e l'infezione paratifica seguiva il suo normale decorso, con esito in guarigione. Il liquido cefalo-rachidiano era costantemente limpido ed amicrobico. Nel sangue si riscontrava il paratifo B allo stato di purezza.

Tolmer e Weissenbach (1915), in un paziente entrato all'ospedale coi segni classici della meningite cerebro-spinale acuta, isolarono dal liquido cefalo-rachidiano il bacillo paratifico A. Lo stesso germe, all'autopsia, fu ottenuto dal pus dei bronchi e dalla milza, non dall'intestino nè dalla bile.

In base alle su esposte osservazioni cliniche possiamo distinguere, nel meningo-tifo e nel meningo-paratifo, due varietà: nella prima, che è la più frequente, una meningite (per lo più a tipo cerebro-spinale) segna bruscamente l'inizio della malattia, per poi regredire e dar luogo ai sintomi generali, che costituiscono il quadro tifoso (casi di Schultze, Weill, Sacquépée, ecc.); nella seconda invece, assai più rara, non solamente l'esordio, ma tutto quanto il decorso della malattia è quello di una meningite cerebro-spinale: non v'è che il reperto del bacillo di Eberth nel liquido cefalo-rachidiano, nel sangue e negli organi interni che riveli la origine tifosa dell'affezione (casi di Nieter e Milligan, Daddi, Carrol, Cottin e Gastinel, Tolmer e Weissenbach).

Nel riguardo etiologico debbonsi distinguere vere meningiti, col reperto del bacillo tifico nel liquido cefalo-rachidiano, e forme meningee amicrobiche di oscura patogenesi: trattasi forse, in

queste ultime, di fenomeni in rapporto con condizioni iperemiche e edematose delle meningi (Eichhorst).

Anatomo-patologicamente, possono mancare del tutto le note della meningite acuta (Lovis, Andral, Trousseau, Murchison, Moering, Wunderlich). Talvolta si riscontrò edema cerebrale con emorragie da degenerazione dei vasi (Liebermeister, Niemeyer), iperemia della sostanza cerebrale e della pia con aderenze parziali delle meningi (Chedervegne, Cajalis, D'Espine e Picot). In alcuni casi si ebbe il reperto della leptomeningite sierosa acuta (Tictine, Eichhorst, Quincke, Ziegler), in altri della meningite purulenta (Daddi).

La diagnosi differenziale tra il meningo-tifo e le meningiti d'altra natura, oltrechè sui dati forniti dal laboratorio, si fonda sopra alcuni importanti caratteri clinici, che il pratico dovrà tener presenti.

Il ventre tumido anzichè retratto, il meteorismo, la diarrea, la roseola, il tumore di milza depongono in favore della infezione tifica.

Nelle meningiti d'altra origine, invece, sogliono manifestarsi fenomeni di focolaio, cefalea particolarmente intensa, vomito, spiccata rigidità della nuca, retrazione dell'addome (ventre a barca), iperestesia cutanea, herpes.

Un sintomo di grande importanza, quasi patognomonico secondo Trousseau, è la *alterazione del ritmo respiratorio,* mancante nel tifo, pressochè costante nelle forme cerebro-spinali ed encefalo-meningitiche non tifose.

Altro carattere differenziale da utilizzarsi è la *esagerazione del riflesso patellare,* frequente ad osservarsi nelle meningiti tifose (Strünpell, Petit-Clerc, Ballet, Money).

La prognosi del meningo-tifo, sempre assai grave, diviene gravissima nei casi con liquido refalo-rachidiano purulento.

Psicosi tifiche precoci. (Delirio iniziale, forma psicopatica, cerebro-tifo). — Sono noti, ed ormai abbastanza numerosi nella letteratura, casi di tifo nei quali il delirio fu il primo sintomo, sì da far pensare ad una mania acuta, specie allorquando i fenomeni psichici erano comparsi ad un tratto, ancor prima della febbre o con febbricole di poca entità (Murchison, Mendel, Motet, Deiters, Bucquoy, Hanot, Baccarani). E l'Eichhorst ricorda come, nella epidemia scoppiata in Zurigo nel 1884, molti ammalati di tifo fossero inviati al manicomio, in conseguenza di errori diagnostici dovuti appunto a questo eccezionale inizio della malattia.

Io pure, nella Sezione delle Malattie infettive della nostra Clinica Medica, ebbi l'occasione di osservare un caso di tal genere. Trattavasi di un uomo di 38 anni, robusto e senza precedenti morbosi importanti, nel quale la malattia erasi iniziata bruscamente con un delirio intenso e persistente. Qui però la febbre elevata ed il tumore di milza suggerirono l'esame batteriologico del sangue e la prova di Widal, per cui la diagnosi di febbre tifoide potè essere facilmente accertata.

Ricordiamo anche una forma atipica molto rara, in rapporto con alterazioni delle articolazioni. Robin e Lerèdde hanno descritto alcuni casi di tifo, nei quali eransi verificate artralgie iniziali (*artro-tifo*) localizzate al rachide ed alle articolazioni degli arti inferiori: questi casi, dato l'esordio, avevano naturalmente fatto pensare al reumatismo articolare acuto.

C) ANOMALIE IN RAPPORTO CON LA CURVA TERMICA.

Una prima anomalia consiste nella *rapida ascensione termica,* anzichè per gradi; ma di questa già trattammo a proposito della febbre tifoide ad inizio brusco (tifo di guerra ecc.).

Può anche verificarsi, sebbene rarissimamente, il così detto *tipo inverso,* nel quale la temperatura segna il massimo al mattino ed il minimo alla sera.

La curva termica può altresì, fino dall'inizio della malattia, assumere il *tipo remittente,* imprimendo alla febbre un carattere che è proprio della fase più tardiva del processo morboso, simulando cioè il periodo anfibolo del Wunderlich.

La classica curva del Wunderlich, del resto, è tutt'altro che costante (Maragliano, Viganò). Ed a proposito delle brusche oscillazioni termiche nel periodo iniziale del tifo, e nel periodo di stato, il Michelazzi potè dimostrare esser quelle dipendenti da associazioni del bacillo di Eberth con altri microrganismi, per lo più con streptococchi, stafilococci e diplococchi.

Bruno pubblicò tre casi di febbre tifoide a tipo remittente, in uno dei quali l'esistenza di focolai broncopneumonici poteva forse dare ragione dell'anomalia termica, che però negli altri due non poteva attribuirsi se non alla stessa causa infettante. Poichè in tutti e tre i casi l'esame batteriologico del succo splenico aveva rivelato il bacillo tifico allo stato di purezza, Bruno ritiene che non sia sempre necessario l'ammettere una infezione mista per ispiegare questa deviazione dallo schema del Wunderlich: sta però il fatto che, nei casi osservati dal Michelazzi, le associazioni microbiche si manifestarono costanti.

Un'altra anomalia, non molto rara a verificarsi, consiste nella *defervescenza brusca,* in modo analogo a quanto si verifica nella crisi pneumonica.

Ne segnalò i primi esempi Jaccoud (1866), il

quale vide cader la febbre per crisi 73 volte sopra 361 casi di tifo (20,22 %). Tre casi, tutti con infezioni miste, furono illustrati dal Michelazzi.

Peyroux, in una ragazza di 14 anni, indipendentemente da enterorragie o da altra complicanza, osservò la caduta critica della temperatura, al 33° giorno di malattia, da 39°,4 a 35°,4, con simultaneo aggravamento dello stato generale: tre giorni dopo la temperatura saliva alla norma, e la convalescenza si iniziava regolarmente. Questo atipico comportamento della curva febbrile fu in particolar modo osservato nel tifo abortivo.

Ricordiamo per ultimo il *tipo intermittente* della febbre tifoide, descritto per la prima volta dal Trousseau. Secondo questo autore tale anomalia si verificherebbe nei pazienti che soggiornano in paesi malarici, o che da poco tempo hanno lasciato la dimora in zona malarica.

Iemma però ha riferito un caso, nel quale il soggiorno in plaghe malariche potè essere con sicurezza escluso; in questa singolare osservazione, in cui era riuscita negativa la ricerca dell'emosporidio nel sangue e positiva quella del bacillo tifico nelle feci, la febbre simulava perfettamente una forma malarica a tipo terzanario.

Analoghe osservazioni sono dovute a Kildiorschevsky.

D) FORME LARVATE.

Il tifo apiretico ed il tifo ambulatorio debbono esser nettamente distinti fra loro, almeno nella maggior parte dei casi.

Per tifo apiretico, infatti, s'intende una tifoide che decorre afebbrile, e ciò indipendentemente dalla gravità dell'infezione, la quale può anche svolgersi con caratteri di malignità estrema, alla stessa guisa delle forme atasso-adinamiche. Il tifo ambulatorio, invece, si manifesta con fenomeni generali talmente miti, da consentire agli infermi di attendere alle consuete loro occupazioni: a meno che un subitaneo aggravarsi del male non li costringa al letto, ovvero un'improvvisa complicanza (enterorragia, perforazione intestinale) non ne ponga in immediato pericolo la vita.

Accanto a queste forme, con questi gravi esiti, se ne osservan di quelle che decorrono lievissime dall'inizio fino alla guarigione: alcune riconosciute soltanto mercè le ricerche di laboratorio, altre (forse la maggior parte) non diagnosticate.

Può anche avvenire che un tifo ambulatorio sia contemporaneamente apiretico; nè può escludersi che un tifo apiretico si svolga con caratteri sì miti da assumere il tipo ambulatorio. Tali casi, peraltro, sono rarissimi; e ad ogni modo, nel trattare di queste due forme anomale, l'accennata distinzione vuol essere tenuta presente.

Tifo apiretico. — Che la setticemia da bacillo di Eberth possa, in tutta quanta la sua evoluzione, decorrere completamente afebbrile, non sembra *a priori* verisimile, od almeno non può con sicurezza affermarsi. Come asserire, infatti, che l'infermo fu scrupolosamente seguito e sottoposto a frequenti e metodiche osservazioni termometriche? Come accertare che una qualche reazione febbrile, sia pur lieve e fugace, non siasi determinata?

Che adunque una forma di tifo completamente afebbrile esista, a rigor di termini non oseremmo affermare. Ma poichè le espressioni cliniche non possono avere un valore assoluto, nè debbonsi proprio alla lettera interpretare, parmi sia consentito, entro una certa larghezza di confini, conservare la denominazione di « tifo apiretico » per quelle forme, nelle quali la reazione termica non fu mai verificata in tutto il decorso della malattia (Bondet, Ortiz, Etienne), ovvero mancò per un certo periodo di tempo (Bensaude, Courmont, Weil e Piéry, Gerhardt, Lafforgue), o fu così scarsa da raggiungere appena temperature sub-febbrili (Etienne, Montefusco). È anche da notare che, in alcuni casi, fu notata una costante ipotermia (Potain).

I sintomi funzionali e fisici possono manifestarsi e succedersi in modo analogo a quanto riscontrasi nel tifo ordinario, talchè l'*apiressia soltanto costituisce la atipicità di questa sindrome.* Di casi simili si citano esempî non rari nel corso delle epidemie di febbre tifoide (Strube, Wendland, Gerhardt, Potain, Gerloczy, Dresckfeld, Pellicer, Ortiz, Weil e Piéry, Ughetti).

Talvolta la febbre si manifesta soltanto per un brevissimo periodo iniziale, dopo di che la malattia si svolge completamente apiretica, come nel seguente caso riferito da Rodano:

Un uomo di 26 anni ammalavasi a Marsiglia con malessere generale, cefalea e febbre (39°). Dopo tre giorni, del tutto sfebbrato, partiva per Torino, ove giungeva in tale stato di abbattimento, da dover essere ricoverato nell'ospedale. Quivi, per tutto il periodo della malattia, si mantenne apiretico. Le condizioni generali però si aggravarono progressivamente, e comparvero manifestazioni emorragiche multiple. Dopo cinque giorni l'infermo soccombeva, avendo presentato solo nelle ultime ore di vita un rialzo termico, verisimilmente in rapporto con una complicanza polmonare verificatasi.

Analoghe anomalie della curva termica (elevazione febbrile iniziale e consecutiva apiressia) furono rilevate nella osservazione di Ughetti e nei tre casi di Montefusco.

Altre volte, nella tifoide apiretica, cercheremmo invano i sintomi proprî della setticemia da ba-

cillo di Eberth: che anzi la malattia si svolge in forma del tutto larvata, ovvero con sintomi che appartengono ad altra infezione. E, a tal proposito, merita di esser menzionata la osservazione di Brulé, nella quale un tifo apiretico celavasi sotto le pervenze di una infezione puerperale. Ecco in succinto il caso:

Una donna, in seguito ad aborto, presentò fenomeni infettivi gravi (prostrazione, delirio, dispnea, albuminuria), ma senza reazione febbrile. Un raschiamento dell'utero fece riconoscere resti placentari fetidi. Nel terzo settenario l'ammalata venne a morte. Non vi fu mai febbre durante l'intiero decorso della malattia; non roseola, non diarrea, nulla insomma da far pensare alla possibilità di una infezione tifica. Tuttavia l'emocultura diede sviluppo per due volte al bacillo di Eberth, ed il medesimo germe fu isolato dalla bile 48 ore dopo la morte. Al tifo erano dunque da attribuirsi, in questo caso, e l'aborto e la morte dell'inferma. Le lesioni intestinali riscontrate all'autopsia erano di lieve entità.

Qual sia la causa, o per dir meglio quali le cause (non potendosi in ogni caso invocare univoci elementi patogenetici) della forma apiretica del tifo, non è ancora ben accertato.

L'ipotesi che possa trattarsi di infezioni attenuate è assolutamente da escludersi, o almeno non giova a interpretare quei casi che si rivelarono gravissimi, e che terminarono con la morte (casi di Vallin, Surmay, Rodano, Montefusco, ecc.).

Alcuni osservatori notarono l'evoluzione apiretica del tifo in soggetti molto vecchi od estenuati (Strübe, Fraenzel, Vallin). Del Gos invece ne vide un caso in un robustissimo giovane, nel quale « l'esuberanza delle forze poteva far presumere che la malattia si sarebbe svolta con tutti i segni di un'imponente reazione ». È da notare che questo giovine era stato un forte bevitore; e Del Gos inclina a credere che l'apiressia fosse in rapporto col precedente stato di intossicazione alcoolica dell'infermo.

Altri ammettono che l'apiressia o l'ipotermia nel tifo, e, in genere, nelle infezioni che ordinariamente decorrono con febbre, sieno dovute al prevalere delle sostanze tossiche ipotermizzanti sopra quelle ipertermizzanti (Teissier, Roux e Pition, Gilbert e Boix, Rodet e Courmont, Charrin); altri hanno invocato infezioni bacteriche associate, e principalmente la associazione del bacterium coli (Ughetti). Ma contro quest'ultima ipotesi sta il fatto messo in luce dalle ricerche di Scihttenhelm, Weicart e Hartmann, che cioè anche le tossine del b. coli sono capaci di determinare aumento della temperatura.

Una opinione che sembra confortata da alcune osservazioni cliniche e da resultati sperimentali è che l'apiressia dipenda, in alcuni casi, dalla gravità della tossi-infezione in atto. Nel già citato caso di Rodano, ad esempio, è certo che il periodo apiretico coincise esattamente col tumultuoso aggravarsi della sindrome morbosa, terminata poi con la morte. Inoltre il Sanarelli mediante la tossina tifica, Metchnikoff con la tossina dell'hog-colera, Roger con quella del b. coli dimostrarono che dosi moderate di tossina determinano la febbre negli animali da esperimento, laddove con più elevate dosi si ha ipotermia.

Tifo ambulatorio. — Descritto per la prima volta da Hervett quale affezione tifoide latente, fu da Griesinger denominato « ambulatorio » per il fatto che gli infermi, almeno per un certo periodo di tempo, tollerano in piedi la malattia.

Il tifo ambulatorio fu particolarmente illustrato da Louis e Chomel, Surmay, Chantemesse, Curschmann; Thoinot ne ha riferiti 27 casi. Lo si riscontra in tutte le epidemie, indipendentemente dalla gravità o dalla benignità del genio epidemico. È più frequente nel sesso maschile e negli individui robusti; assai raro nelle donne e nei bambini (Curschmann).

L'inizio della malattia è subdolo, e si accompagna con sintomi generali indeterminati. Vi è per lo più un vago senso di malessere, senza però vera incapacità al lavoro: tuttavia le ordinarie occupazioni riescono oltremodo faticose, ed esauriscono con facilità questi infermi. Essi mostrano frequente spossatezza, anoressia, nausee, sonnolenza diurna ed insonnia notturna, irritabilità del carattere ovvero depressione psichica; spesso cefalea, ma di modico grado, talvolta dolori reumatoidi agli arti od al tronco (Chantemesse, Unverricht, Surmay).

La roseola fu in alcuni casi osservata (Chantemesse, Curschmann), ma si comprende come di rado fosse ricercato in pratica questo segno, non sospettandosi il tifo. Frequenti sono le turbe intestinali, consistenti in periodi alternati di stitichezza e diarrea con dolori colici (Chantemesse).

Il tumore di milza, riscontrato nei due casi di Curschmann ed in altri ancora, non è costante. Così nella osservazione di Surmay (cit. da Bertolini) l'ingrossamento della milza non fu constatato nè in vita nè alla necroscopia. Nel caso riferito da Bertolini l'autopsia dimostrò un tumor di milza lieve, che non era stato rilevato allo esame clinico.

La febbre esiste quasi sempre, non molto elevata, irregolare, ora remittente ed ora intermittente, talvolta con elevazioni precedute da brivido, in guisa da simular perfino gli accessi malarici (Curschmann). Può anche la febbre mancar del tutto, o per un certo periodo di tempo

(2 osservazioni di Vallin, una di Bertolini); ma allora, in cotali rarissimi casi, le forme ambulatorie si confondono e si identificano col tifo apiretico.

La frequenza del polso suol esser maggiore che nella comune febbre tifoide, venendo così a mancare uno dei più importanti segni differenziali. Raramente il polso è dicroto (Chantemesse).

A carico dell'apparecchio respiratorio fu spesso riscontrato un catarro diffuso dei bronchi, per cui facilmente si scambiò la malattia con l'influenza.

Scarse le osservazioni ematologiche: fu notata leucopenia, come di regola.

Le lesioni anatomiche dell'intestino e dei gangli mesenterici non differiscono da quelle che si riscontrano nel tifo ordinario; scarse e per lo più assai limitate sono le lesioni degli altri organi.

Il tifo ambulatorio, confuso spesso con affezioni d'altra natura (enterite, imbarazzo gastrico, influenza), può anche svolgersi nel completo silenzio dei sintomi, ove non sopravvengano subitanee complicanze, denotanti allora la vera origine della malattia.

Le enterorragie e le perforazioni delle ulcere intestinali sono, secondo alcuni osservatori, gli esiti più frequenti del tifo ambulatorio (Curschmann, Vallin, Lucatello, Luis e Chomel, Brouardel e Thoinot): più frequenti che non nelle forme ordinarie della febbre tifoide, forse perchè nel tifo ambulatorio più facilmente si commettono disordini dietetici (Guizzetti), ed anche per effetto del « surmenage » fisico (Curschmann). A questo proposito ricorda il Cantani come l'Engel, dopo una giornata trascorsa secondo il solito nelle sale chirurgiche, ammalasse improvvisamente e venisse a morte: questa, come dimostrò l'autopsia, fu cagionata dalla perforazione di una ulcera tifosa.

Io non sono molto convinto circa l'esattezza della opinione sopra enunciata, che cioè le enterorragie e le perforazioni intestinali si producano con maggior frequenza nel tifo ambulatorio anzichè nel tifo comune. Che i disordini dietetici e lo strapazzo fisico possano influire sul determinarsi di codesti gravi accidenti non v'ha dubbio; ma, circa la frequenza di questi ultimi, non mi sembra che possa affermarsi nulla di positivo, considerando che la maggior parte dei casi di tifo ambulatorio sfuggono del tutto alla osservazione clinica, oppur si confondono con altre forme morbose.

Gli errori diagnostici, infatti, sono frequentissimi. In genere il tifo ambulatorio va confuso:

a) con l'*imbarazzo gastrico*, ove sieno preponderanti i sintomi a carico dell'apparecchio digerente (anoressia, nausea, lingua impaniata, dolenzia addominale diffusa);

b) con l'*enterite acuta*, se la diarrea è intensa e persistente;

c) con l'*influenza*, allorquando esistono fenomeni catarrali dell'apparecchio respiratorio (corizza, angina, bronchite diffusa).

Alla *simulazione* od alla *isteria* si è indotti a pensare, ove non appaia alcuna reazione febbrile, nè si rilevino i segni obbiettivi di un vero e proprio stato morboso.

Curschmann (cit. da Bertolini) potè accertare l'infezione tifica in una donna inviatagli con diagnosi di clorosi e di isteria, come pure in un ammalato ritenuto affetto da nevrosi cardiaca, perchè presentava pallore del volto ed irregolarità del polso!

La diagnosi del tifo ambulatorio adunque, come si comprende, è di una difficoltà estrema: forse, a mio avviso, ancor più difficile che nel tifo apiretico, nel quale almeno lo stato generale degli infermi, spesso assai grave, può in certo qual modo orientare il nostro giudizio. Pur tuttavia, se avvenga di osservare, dopo una successione di sintomi vagni ed incerti, una eruzione di roseola o la comparsa di un tumore di mulza, e tanto più ove esploda uno dei sopra accennati accidenti (enterorragia, perforazione), il sospetto di una infezione tifica sarà giustamente fondato, ed alle ricerche di laboratorio dovrà affidarsi il definitivo responso diagnostico.

I fattori etiologici che possono invocarsi, a dilucidar questa singolare manifestazione della setticemia eberthiana, riguardano da un lato le qualità del germe tifico in sè, dall'altro la tolleranza ovvero il modo di reagire dell'organismo colpito.

Il grado di virulenza del germe ci dà ragione, è vero, di alcune modalità speciali nel decorso e nel genio epidemico della malattia; ma di per sè solo non basta a spiegar la comparsa di forme ambulatorie, che, come è noto, furono sporadicamente osservate nelle più miti epidemie, come nelle più gravi e maligne.

L'apparente benignità di certe forme di febbre tifoide fu da Stern ritenuta in rapporto con una minor diffusione del bacillo tifico, il quale, in alcuni casi, resterebbe localizzato nell'intestino e nelle glandole mesenteriche. Sta però il fatto che, anche fra i casi in cui si potè dimostrare la massima circoscrizione dell'agente patogeno, si ebbero talora forme gravissime. Ed inoltre contro le statistiche di Widal e contro quelle redatte nella Clinica di Strassburgo (confermate dai lavori di Weil, Sacquépée e Perquis), le quali parrebbero dimostrare che nelle infezioni lievi si ha più di rado il reperto dei bacilli tifici nel

sangue, stanno i resultati di Lemierre, di Kolle ed Heutsch, di Cole, di Memmi, di Hewlett, dai quali non appare alcun rapporto costante fra la gravità della sindrome clinica e la presenza dei bacilli nel sangue.

Unverricht spiega la mitezza dei sintomi che si osservano nel tifo ambulatorio, ammettendo una speciale resistenza nel sistema nervoso di certi individui; ed avvalora questa opinione col far notare come le forme ambulatorie raramente si riscontrino nelle donne e nei bambini, ossia nei soggetti con sistema nervoso labile. Un'idea simile è stata sostenuta anche da Curschmann; ma contro tale ipotesi, per cui si farebbe dipendere la intensità dei fenomeni morbosi dalla vulnerabilità del sistema nervoso, sta il fatto che, proprio nella età infantile, la febbre tifoide suole decorrere con una straordinaria mitezza.

Chantemesse, infine, parla di una speciale resistenza dell'organismo al veleno tifico, analoga a quella che presentano certi individui contro veleni diversi (oppio, alcool, ecc.).

Certo è che, nella patogenesi di queste forme ambulatorie, hanno importanza massima alcune peculiari condizioni, in verità non ben note, ma sicuramente inerenti all'organismo.

La storia di tutte le epidemie dimostra come, in una stessa famiglia, nella quale verisimilmente agisce un medesimo ceppo bacterico, alcuni membri possano ammalare di tifo con i fenomeni ordinari di questa infezione e talora gravissimi, altri invece con sintomi oltremodo attenuati e con atipico decorso della malattia. Assai significativa, a questo proposito, è la osservazione di Wendland, riguardante un individuo che presentava un tifo apiretico, mentre in altre due persone della stessa famiglia la malattia decorreva con i caratteri abituali.

Io stesso ho potuto fare una osservazione analoga, che brevemente riferisco:

Durante una piccola epidemia svoltasi a Chianni nel 1913, veniva inviato un tifoso nella nostra Sezione delle Malattie infettive, presso il Lazzaretto di S. Croce. Un fratello di questo infermo era morto di tifo pochi giorni innanzi. Nel nostro paziente la malattia, sebbene terminasse con la guarigione, pure decorse con caratteri di acuzie (febbre elevata, delirio, imponenti fenomeni generali, enterorragie), e diede poi luogo ad una recidiva gravissima.

Circa nel medesimo tempo veniva accolta nel Lazzaretto la moglie di questo infermo, incinta, nella quale il tifo si manifestò con caratteri di straordinaria mitezza: scarse elevazioni termiche, appena sub-febbrili (un sol giorno la temperatura raggiunse 38°); non abbattimento del sensorio, ma appena un lieve malessere; non roseola, non turbe intestinali; lieve tumore di milza; nessuna complicanza. In ambedue i coniugi la sierodiagnosi e l'emocultura resultarono positive per il bacillo di Eberth.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD. « Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux », 9 avril 1897.

ACHARD. *Syndrome hémorragique mortel dans la fièvre typhoïde; hemoglobinurie par hématurie.* Soc. méd. des Hôp., 1912.

ACHARD. *Pleurisies typhoïdiques.* « La Semaine Médicale », 1918, p. 417.

ADENOT. *Recherches bactériologiques sur un cas de méningite microbienne.* « Arch. de méd. exper. », 1889.

ALBAREL. *De la localisation du bacille d'Eberth sur les bronches (bronco-typhus).* « Nouveau Montpellier méd. », 14 avril. 1901.

AMAT. *Sur la fièvre typhoïde en forme rénale.* « Thèse de Paris », 1877.

ANCONA. *Sulla diagnosi differenziale fra tifo addominale e tifo esantematico.* « Riv. crit. di Clinica medica », 4 marzo 1916.

ANDERSON. *Un cas de fièvre typhoïde présentant quelques symptomes insolites.* « Lancet », 4 févr. 1905, e « Semaine Méd. », n. 12, 1905.

ARDIN-DELTEIL e RIMBAUD. *Pneumotifoide e colibacillo.* « La Presse médicale », n. 11, 1904, e « Riforma Medica », 1904, p. 221.

BAGOT. Soc. méd. des Hôp., 10 févr. 1899.

BARLOCCO. *Laringo-tifo.* « Il Policlinico», Sez. prat., 1906, fasc. 9.

BAYET. *Appendicite et fièvre typhoïde; étude clinique et diagnostic différentiel.* « Thèse de Paris », 1901.

BERNARD. *Forme anomale e rare del tifo addominale.* « Gaz. des hôp. », n. 49, 1901, e « Riforma Medica », 1901, p. 510.

BERTOLINI. *Patogenesi e quadro clinico del tifo ambulatorio.* « La Clinica Medica Italiana », 1913, n. 12.

BESSON. « Revue de Médecine », 1897.

BODEN. *Un caso di meningite sierosa da bacillo di Eberth.* « Zeitschr. für prakt. Aertze », 5 aprile 1899 (« Policlinico », Sez. prat., 1899, n. 48).

BRAILLON. *Syndrome tardif de la fièvre typhoïde; transfusion sanguine.* Soc. méd. des hôp., 30 janv. 1914.

BROUARDEL e THOINOT. *Ileotifo.* Nuovo Trattato di Med. e Ter. pubblicato sotto la direzione di Gilbert e Thoinot; traduz. ital., Torino, 1907.

BRUCKNER. *Sur la signification des dothiénentéries ambulatoires chez les enfants pour la propagation de la fièvre typhoïde.* « Münch. med. Woch. », 7 giugno 1910, « Semaine Méd. », n. 34, 1910.

BRUHL. *Pneumotyphus; bacille d'Eberth dans le poumon.* « Gaz. heb. de Méd. et de Chir. », 31 janv. 1897.

BRULE. *Fièvre typhoïde grave, apyretique, simulant une infection puerpérale.* Soc. méd. des hôp., févr., 1910.

BRUNO. *Ricerche cliniche e batteriologiche sopra alcune forme di tifo poco frequenti.* « Riforma Medica », n. 6, 1906.

BUSQUET. *Contribution à l'étude de la pneumo-typhoïde.* « Revue de Médecine », 1902, p. 167.

CARROL. *On a case of meningitis due to the bacillus typhosus.* « Medical Press and Circular », giugno 1912.
CECCONI. *Sindromi emorragiche del tifo.* « Gazz. d. Osp. e delle Clin. », 24 dec. 1914.
CHARRIN et ROGER. *Présence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique.* Soc. méd. des hôp., 1891.
CHOMEL. Citato da HUTINEL.
CICATERRI. *Sull'appendiculo-tifo.* « Il Policlinico », Sez. prat., 8 dec. 1907.
CLARET e LYON-CAEN. *Le Meningiti tifiche.* « Gazette des hôp. », n. 50, 1910, « Riforma Medica », 1910, p. 725).
COLE. « Johns Hopkins Hosp. Bull. », 1901.
COTTIN et GASTINEL. *Méningite typhique primitive simulant la méningite tuberculeuse.* Soc. méd. des hôp., 28 janv. 1916.
COULOMB. « Thèse de Paris », 1899.
CUMSTON. *The clinical aspects and differential diagnosis of appendicitis and typhoid fever.* « Amer. Journ. of the Med. Scienc. », maggio 1905.
CURSCHMANN. « Deut. med. Woch. », 1904, 609.
CURSCHMANN. *Ueber eine Typhusepidemie mit initialem hämorragichen Exanthem.* « Münch. med. Woch. », n. 8, 1910.
CURSCHMANN. *Der Unterleibstyphus*, 1913.
DADDI. *Un caso di meningite da bacillo tifico.* « Lo Sperimentale », n. 17, 1893.
DE CORTES e MEDDA MARONGIU. *Su quattro casi di associazione infettiva cosidetta tifo-malaria.* « Riforma Medica », 1910, n. 3.
DE GENNARO. *Alcuni casi di porpora emorragica come complicazioni di tifo addominale.* « Gazz. d. Osp. e delle Clin. », 1905.
DEL GOS. *Un caso di tifo apiretico.* « Gazz. degli Osp. e delle Clin. », 22 ott. 1907.
DOPTER. *Pleuro-typhus de rechute.* Soc. méd. des hôp., séance du 13 nov. 1904.
DRESCHFELD. *Cases of apyrexial typhoid fever.* « The Practitioner », Vol. 50, 4.
EICHHORST. *Trattato di Patologia e Terapia speciale;* traduz. ital., Milano, 1889.
ESANA. *Peritonite come primitiva manifestazione in un caso di tifo.* « Gazz. degli Osp. e delle Clin. », 5 febbr. 1905.
ETIENNE. *Les infections mixtes dans la fièvre typhoïde.* Cinquième Congrès français de Méd. interne tenu à Lille du 28 juillet an 1[er] août 1899.
ETIENNE. *Un cas de dothiénentérie apyretique.* Soc. méd. des hôp., 26 janv. 1900.
EWALD. *Le forme atipiche di tifo.* « Berl. klin. Woch. », n. 4, 5, 1903, « Riforma Medica », 1903, p. 245.
FAZIO. *Febbre tifoide con sindrome appendicolare: appendiculo-tifo.* « Rivista sanitaria », n. 20, 1912.
FERNET. *Un cas de pleurésie sérofibrineuse avec bacilles d'Eberth.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 15 mai 1891.
FIESSINGER. *Syndrome hémorrhagique tardif au cours de la fièvre typhoïde.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 1910.
FINLEY. *Typhoid pleurisy.* « The Lancet », n. 4651, 1912.
FRAENTZEL. *Ueber schwere Erkrankungen an Ileotyphus, welche a febril oder mit geringen Temperatur erhöhungen auffallend rasch verlaufen.* « Zeitschr. f. klin. Med. », Vol. II, 2, 1881.
FRANÇOIS. *L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde.* « Thèse de Paris », 1904.
FRUGONI. *Appunti pratici intorno al tifo di guerra.* « Il Policlinico », Sez. prat., fasc. 8, 1916.
GALLIARD. *Un cas de laringo-typhus.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp., 1910.
GARNIER et THIERS. *Ètude clinique et bactériologique d'un néphro-typhus.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 15 mars 1912.
GERHARDT. *Fièvre typhoïde sans fièvre.* Soc. di med int. di Berlino, 7 luglio 1890; « Sémaine Méd. » 1890, p. 259.
GERLOCZY. *Zwei seltenere Fälle von abdominal Typhus.* « Dent. med. Woch. », 14 apr. 1892.
GIORDANO. *Contributo allo studio del nefro-tifo.* « Il *Policlinico* », Sez. prat., n. 45, 1908.
GIOSEFFI. *Un caso di appendiculo-tifo.* « Il Policlinico », Sez. prat., fasc. 7, 1908.
GOODAL, KINGSTONE e FOURLERTON. Soc. med. di Londra, 9 genn. e 9, 23 febbr. 1903.
GOUGET. *Infection typhoïdique à début par néphrite hemorrhagique.* Bull. et. mém. de la Soc. méd. des Hôp., 9 déc. 1910.
GOUGET. *Néphrotyphus et néphroparatyphus.* « La Presse méd. », n. 51, 1914.
HARE. *Appendicitis and typhoid fever.* « Med. News. », 21 luglio 1900 (cit. da RENDU).
HEWLETT. « Medical Record », 30 nov. 1901.
HOPFENHAUSEN. *Ètude sur l'état de l'appendice vermiforme dans le cours de la fièvre typhoïde.* « Thèse de Lausanne », 1898.
HUBER. « Münch. med. Woch. », 10 maggio 1910.
HUGOT. « Gaz. hebd. de méd. et de chir. », 9 mars 1899.
HUTINEL *Les maladies des enfants*, Paris, 1909.
HUTINEL. *Le pneumo-typhus.* « Journal des praticiens », 1912, p. 148.
JALAGUIER et MERKLEN (citati da RENDU).
JEMMA. *Febbre tifoide a tipo intermittente.* « Gazz. degli Osp. e delle Clin. », 21 marzo 1897.
JUBB. *Un caso di febbre tifoide apiretica.* « Brit. med. Journ. », 1905.
KELLY e HURDON. *The vermiform appendix and its diseases.* Philadelphie, 1905 (citato da LEJARS).
KELSCH. *Pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoide.* Acad. de méd., 23 fév. 1892 (« Semaine Méd. », 1892, p. 73).
KILDIORSCHEVSKY. « Berl. klin. Woch. », 11, 1897.
KLIENEBERGER. *Nephroparatyphus und Nephrotyphus.* « Berl. klin. Woch. », 25 maggio 1914.
LABICHE. *Des pleurésies à bacille d'Eberth.* « Thèse de Paris », 1899.
LE GOIC. *Deux cas de fièvre typhoïde à localisations anormales.* « Revue de Medecine », 1903, p. 320.
LEJARS. *Appendicite ou fièvre typhoïde?* « La Semanie Médicale », 1906, n. 44.
LEREBOULLET. *Ètat meningé au début d'une fièvre typhoïde.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 1910.
LESIEUR. *Un nouveau cas de nephrotyphus (fièvre typhoïde à début brusque hématurique).* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 27 janv. 1911.
LOEB. *Un caso di meningo-tifo.* « Deut. Arch. f. klin. Med. », p. 211, 1899; « Policlinico », Sez. prat., n. 33, 1899.
LONGUET. *Angiocolecistite da bacillo del tifo senza febbre tifoide.* « Gaz. des hôp. », n. 141, 1894: « Riforma Medica », 1894, Vol. IV, n. 66.

LORIGA e PENSUTI. *Pleurite da bacillo del tifo.* « Riforma Medica », 1890.
LORTAT-JACOB. *A propos d'une épidémie de fièvre typhoïde.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 30 avril 1915.
LUCATELLO. *Febbre tifoide.* Trattato ital. di patol. e ter. medica diretto da Cantani e Maragliano; Milano, Vallardi.
LUSCHI. *Criterî diagnostici della febbre tifoide.* Tesi di libera docenza, Pisa, 1910.
MARSA. *Forma renale della febbre tifoide.* « Journ. de Médecine », 10 ott. 1895; « Riforma Medica », 1895, Vol. IV, n. 27.
MAURANGE. *Fièvre typhoïde à début anormal, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale et terminée par guérison.* « Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. », 28 sept. 1899.
MENSI e CARBONE. *Un caso di meningite cerebro-spinale da bacillo di Eberth.* « Riforma Medica » n. 2, 1893.
MEYER. *Der Unterleibstyphus u. seine Komplicationen in der Armee während der Jahre 1873-1910.* « Mitteil. aus den Grenzgeb. der med. u. Chir. », t. XXVII, fasc. 3, 1914.
MEONI. *Pleuriti tifose.* « Riv. crit. di Clinica medica », 1° marzo 1913.
MICHEL. *Contributo allo studio clinico delle pleuriti tifoidiche.* « Tesi di Parigi », 1899-1900.
MICHELAZZI. *Anomalie della curva termica nel tifo e loro cause.* Pisa, Valenti.
MOIZARD. *La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite.* « Journ. de Méd. et de Chir. prat. », 10 juillet 1899.
MONDOLFO. *Contributo alla conoscenza del pleurotifo.* « Il Policlinico », Sez. med. 1919.
MONTEFUSCO. *Sulla febbre tifoide apiretica.* « Giorn. intern. d. Sc. med. », 15 ott. 1914.
MYA e BELFANTI. « Giornale della R. Accad. di Med. di Torino », 1898.
NEUMANN e SCHOEFFER. *Zur Aetiologie der eitrigen Meningitis.* « Virchow's Arch. », 1887, C. IX.
NIKITINE. *Des formes atypiques de la fièvre typhoïde.* « Wratcheb. Gaz. » 6 aprile 1908; « Sem. Méd. », n. 30, 1908).
OELSNITZ, BOURCART et RONCHÈSE. *Un cas de meningite cérébro-spinale éberthienne.* Bull. et. mém. de la Soc. méd. des hôp., 16 avril 1915.
ORTICONI et AMEUILLE. *Accidents méningés précoces dans la fièvre typhoïde.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 26 févr. 1915.
ORTIZ. *Fièvre typhoïde apiretique.* « Thèse de Paris », 1894.
PELLICER. *Una nuova forma de infecion tiphodica con hyphothermia.* « Gac. sanitaria de Barcelona », Luglio 1892 (cit. da RODANO).
PEYROUX. *Considerations cliniques sur un cas de cycle typhoïdique anormal.* « Rev. méd. de Normandie », 25 juillet 1905.
PISSAVY et GAUCHERY. *Fièvre typhoïde à début brusque par néphrite hémorragique.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 2 déc. 1910.
POLLITZER. *Forme rénale de la fièvre typhoide.* Soc. de méd. interne de Vienne, 1911; « Semaine Med. », n. 51, 1911.
POTAIN. *La température dans la fièvre typhoïde.* « Union Médicale », 10 sept. 1861.
QUEIROLO. *Lezioni di Clinica Medica e lavori sperimentali.* Pisa, 1905 e 1912.
RAYMOND, ORTICONI et PARISOT. *Formes et débuts anormaux de la fièvre para-typhoïde.* Réunion médico-chir. de la X Armée, 25 oct. 1915.
REGNIER. *Epidemie de fièvre typho-palustre à Batnaen,* 1881.
REMLINGER. *Contribution à l'étude du pleuro-typhus et des pleurésies à bacille d'Eberth.* « Revue de Médecine », 1900, p. 998.
RENDU. Bull. et mèm. de la Soc. méd. des Hôp., 8 juin 1900.
RENDU. *Fièvre typhoïde simulant l'appendicite, operation; mort.* « La Semaine méd. », 1901, p. 41.
ROBIN et FIESSINGER. *Le syndrome hémorragique tardif au cours de la fièvre typhoïde.* Soc. méd. des hôp. de Paris, 16 févr. 1912.
ROBIN, FIESSINGER et WEIL. *Syndromes hémorragiques précoces et tardifs de la fièvre typhoïde.* « Revue de Médecine », n. 9, 1912.
RODANO. *Di un caso di tifo apirettico ed emorragico.* « Rivista critica di Clinica Medica », n. 8, 1913.
ROGER et COLLARD. *Cholécystite éberthienne prétyphoïdique.* Reun. méd. de la VI armée, 1er Sept. 1915.
ROSIN. *Fièvre typhoïde atypique.* Soc. di med. di Berlino, marzo 1909, « Semaine Méd. », n. 13, 1909.
ROSTOSKI. « Münch. med. Woch. », 14 febbr. 1899.
ROUX. « Lyon Médical, 1888.
RUBINO. *Bronco-polmonite da bacillo di Eberth durante l'infezione tifoide.* « Il Policlinico », Sez. prat., 1913, n. 30.
SACQUÉPÉE. *Forme meningée des infections paratyphoïde B.* Bull. et. mém. de la Soc. méd. des hôp., 1910.
SAMOHRD. Shornik Clinichy (cit. da RODANO).
SARTORY, SPILLMANN et LASSEUR. *Typho-diplococcie et méningite cérébro-spinale.* Accademie de médecine, 15 juin 1915.
STHMIDT. *Sur un moyen auxiliaire de diagnostic de la fièvre typhoïde au dèbut.* « Monatssch. f. Ohrenheilk. », avril 1901, « Semaine Méd. », 1901. p. 255.
SIREDEY. Soc. méd. des hôp; seance du 8 juin ané, 1900.
SIREDEY. *Sur un cas de fièvre typhoïde à début brusque.* Bull. et. mém. de la Soc. méd. des hôp., 1911.
SIRONI. *Sopra un caso di grave sindrome emorragica in una bambina tifosa da probabile origine iposurrenale.* « Il Policlinico », Sez. prat., n. 40, 1914.
SONNENBURG. « Wiener klin. Woch. », n. 5, 1902.
STERN. *Klin.-bact. Beitr. z. Path. u. Ther. des Abdominaltyphus* », Leipzig, 1895.
STRUBE. *Beitrag zur Nosologie der wahrend der Belagerung von Paris bei der Maas Armée beobachteten Typhusepidemie.* « Berl. klin. Woch », 24 mai 1871.
STULERN. *Contribution à la bactériologie clinique des pneumonies lobaires dans la fièvre typhoïde.* « Bolnichnaya Gazeta Botkina », 1900, n. 12 « Revue de Médecine », 1901, p. 915.
SURMAY. *Contribution au chapitre des mortes subites dans la fièvre typhoide latente ou ambulative.* « Arch. générales de Méd. », p. 285, Sept. 1878.
SZÉKÀCS. *E in Fall von Typhus hämorrhagicus.* « Ungar. med. Presse », X, 8, p. 134, 1905.

THOINOT. *Tifoide latente e morte improvvisa.* « Med. moder. », 1907 (cit. da LUSCHI).
THOMPSON. « American Journ. of med. sciences », 1894.
TOLMER et WEISSENBACH. *Un cas de méningite cérébro-spinale aiguë primitive à bacille paratyphique A.* Réun. méd. de la IV armée, 27 Août, 1915.
TRÉMOLIÈRES. *État méningé au cours d'une fièvre typhoïde.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 1910.
TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* Tome 1er 1868.
UGHETTI. *Le febbri apiretiche.* « La Riforma Medica », 1899.
VALLIN. *De la forme ambulative ou apyretique grave de la fièvre typhoïde.* « Arch. gén. de Méd. », nov. 1873.
VIGANÒ. *Appunti sul decorso della febbre nell'infezione tifica.* « La Clinica Medica Ital. », 1902.
VINCENT. Societé méd. des hôp.; séance du 8 juin 1900.
WEILL. *Amaurose subite et état méningé au debut d'une fièvre typhoide.* « Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hôp. », 1911.
WEILL et PIERY. *Fièvres typhoïdes apiretiques et réaction agglutinante. Quatre observations avec séro-diagnostic positif.* « Province Méd. », 20 nov. 1897.
WEISSENBACH. *Le meningiti eberthiane e le manifestazioni meningee della febbre tifoide.* « Gaz. des hôp. », 13 sett. 1913, « Policlinico », n. 11, 1914.
WENDLAND. *Zur Kenntniss des fieberlosen Verlaufs des Typhus abdominalis.* « Tesi di Berlino », 1891.
WIDAL. *Des fievrès typhoïdes à début brusque.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 8 juin 1900.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il valore clinico degli esami sierologici.

(JOSEPH GARDENR HOPKINS, *N. Y. Med. Journ.*, 12 luglio 1919).

Dalla scoperta di Widal molti sono stati i metodi ideati per utilizzare i fenomeni dell'immunità sierologica nelle malattie infettive: i quali hanno reso grandi servigi nelle forme a lungo decorso, prototipi la sifilide e la tubercolosi; mentre nelle infezioni acutissime, in cui la diagnosi deve esser fatta prima che si sviluppino gli anticorpi, è necessario ricorrere a indagini batteriologiche.

TIFO E PARATIFI.

Il valore della reazione di Widal è assai diminuito con la diffusione delle vaccinazioni preventive. Tuttavia Dreyer ha affermato che ripetendo la prova a intervalli di 3-4 giorni si può arrivare alla diagnosi. La vaccinazione è seguita da una rapida produzione di agglutinine: ma questa poi decresce, sempre più lentamente, non tornando al normale per 1-2 anni. La discesa è così graduale che facendo determinazioni, dopo il primo mese, a brevi intervalli, non si osservano differenze nel titolo. Nel tifo la curva delle agglutinine sale a un ripido apice verso il 21° giorno e cade rapidamente nella 4ª settimana; nei vaccinati sale a un livello più alto e non ritorna così rapidamente al normale ma è fondamentalmente la stessa. Quindi in questi ultimi mentre il reperto di agglutinine in una sola determinazione ha poca importanza, essendo in dipendenza della vaccinazione, una tipica ascesa o discesa del titolo in esami successivi è di aiuto diagnostico. Il metodo, indubbiamente promettente, occorre sia ben fissato nella sua tecnica.

L'A. che ha avuto occasione di adoperarlo recentemente in casi di tifo fra truppe vaccinate trovò in alcuni la reazione caratteristica, ma in altri la modificazione era più netta per le agglutinine paratifiche, sebbene l'infezione fosse tifoide.

Concludendo, quantunque utile, il valore diagnostico del metodo non può esser paragonato a quello della Widal nei non vaccinati.

AGGLUTINAZIONE IN ALTRE INFEZIONI.

È stata usata nella dissenteria bacillare: nella quale però, essendo l'infezione di solito limitata alla mucosa intestinale, le agglutinine non si sviluppano così regolarmente come nel tifo. Nella forma da bacillo di Shiga il titolo 1:50 ha già valore diagnostico: mentre che nel tipo di Flexner esso deve essere di 1:250.

La prova agglutinante si è dimostrata utilizzabile anche nella febbre di Malta.

FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO NELLA BLENORRAGIA.

Nelle infezioni gonococciche a sede profonda (artriti, epididimiti) gli anticorpi fissatori del complemento sono quasi costanti. La reazione è stata usata anche per fissare la guarigione. Poco è da aggiungere al lavoro originale di Schwarz e Mac Neil. Affatto recentemente D. Thomson ha descritto un nuovo metodo di preparazione dello antigene, col quale avrebbe avuto un'alta percentuale anche nell'uretrite acuta, alla fine della prima settimana. Egli ha confrontato la reazione ottenendola negativa nei casi non blenorragici; e, in genere, nella letteratura pochi sono gli studi che hanno preso di mira la specificità della reazione.

FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO NELLA TUBERCOLOSI.

L'interesse vi è stato attirato dai lavori di Besredka, di Petroff, di Miller e di altri. L'interpretazione dei risultati è difficile, ma in definitiva è di notevole aiuto nei casi dubbi. Gli anticorpi non sono presenti in tutti i casi clinicamente accertati, ma si hanno in altre forme in cui mancano

i sintomi clinici, con presunzione di una infezione latente. Sono più costanti negli stadi avanzati e nelle forme attive: ma una reazione positiva non è una prova che il caso sia avanzato o attivo. I dati più attendibili sono quelli di Brown e Petroff: 51 % di reazioni positive nel primo stadio, 73 % nel secondo, 81 % nel terzo stadio; 81 % di reazioni positive nei casi attivi, 61 % nei casi inattivi, 79 % nei casi in cui l'attività era discutibile.

La reazione di Wassermann.

Attraverso a molte discussioni sulla natura, sulla tecnica e sulla specificità dei risultati, si ha oggi una grande fiducia sul suo valore clinico. Si ammette generalmente che la reazione compare 8-10 settimane dopo la manifestazione iniziale, che è presente in quasi il 100 % delle forme secondarie (non trattate), e nell'80-90 % delle forme terziarie. Circa il 70 % dei tabetici hanno la reazione nel sangue e altri 20 % la presentano nel liquido cefalo-rachidiano. Quasi il 100 % dei paralitici presentano la Wassermann positiva. L'82 % di reazione positiva si ha nella lue congenita.

Riguardo alla specificità deve ricordarsi che si può avere reazione positiva: in altre forme spirochetiche, framboesia e febbre ricorrente, nella tripanosomiasi e nella lebbra; a queste quattro eccezioni ne vanno aggiunte altre quattro. su cui però ancora non v'è l'accordo: malaria e scarlattina negli stadi febbrili, e sangue preso durante l'anestesia eterea e *post mortem*.

Si è citata la Wassermann positiva in molte altre malattie, ma in merito occorre porre due questioni: come venne eseguita la reazione, e su quali basi cliniche venne esclusa la sifilide. Quando la positività trovata in certe malattie da alcuni autori contrasta con ciò che è riferito dalla maggioranza, si deve sospettare un errore di tecnica. È facile render la prova così sensibile da dare una reazione debolmente positiva (+ o ±) negli stati cachettici, come carcinoma o tubercolosi avanzate, o nelle malattie febbrili acute, controllate con lo esame clinico: queste reazioni non debbono confondere, anzi debbono persuadere della troppa sensibilità della prova.

V'è un altro gruppo di reazioni non specifiche che non può essere attribuito a difetto di tecnica: ma si tratta di casi isolati e si è quasi costretti a concludere per una sifilide latente.

In conclusione le uniche eccezioni sono le otto sopra citate: se esse possono essere escluse, una reazione di Wassermann fortemente positiva, ripetuta per evitare errori, significa sifilide.

Che cosa dire delle *reazioni negative?* Nell'accidente primario sospetto non trattato una R. W. negativa per due mesi fa escludere la lues. Similmente in una lesione secondaria sospetta, non trattata. Nella sifilide terziaria o nella così detta parasifilide il risultato negativo non è conclusivo, ma certamente depone contro la lues. Nel controllo della cura una Wassermann negativa certo non prova la guarigione: ma poichè di tutti i sintomi della sifilide questa reazione è la più persistente, se tale negatività persiste per un anno, e se mancano tutti gli altri segni, noi abbiamo con ciò la migliore evidenza, che ci sia data ottenere, di una guarigione avvenuta.

Nell'interpretare una reazione negativa non va dimenticato che se il paziente introduce una grande quantità di alcool, la reazione può temporaneamente cambiarsi da positiva in negativa (Craig e Nichols).

Isoagglutinine ed emolisine.

È stato dimostrato da Ottenberg, Moss e molti altri che le reazioni gravi e talora fatali che possono seguire alla trasfusione sono dovute alla presenza di anticorpi nel siero del ricevente rispetto ai globuli rossi del donatore. Una recente pubblicazione di Pimberton, della clinica Mayo, conferma ampiamente sia il pericolo della trasfusione di sangue incompatibile, sia la sicurezza nel trasfondere da un donatore dello stesso gruppo del paziente.

Due circostanze l'A. riferisce in merito a questo problema, le quali crede degne di speciale menzione. L'una è la tecnica semplificata di Lee per fare i saggi, che richiede solo un vetrino, un ago e una certa quantità di siero di individuo del gruppo II e di un altro del gruppo III, contenuto ciascuno in una fiala, con l'aggiunta di citrato e di fenolo: una goccia del sangue del ricevente è mescolata con l'uno e con l'altro dei due sieri sul vetrino, separatamente, e la lettura è fatta ad occhio nudo dopo 2-3 m': in tal modo la determinazione del gruppo cui appartengono il malato (ricevente) e il donatore che si propone è resa assai semplice (1).

L'altro fatto da notare è che secondo le osservazioni di Shavan e Masson il successo degli innesti cutanei dipende dagli stessi fattori, e non debbono esser tentati se le emazie del donatore sono agglutinate dal siero del ricevente.

SEBASTIANI.

(1) Ci sembra assai più semplice di controllare direttamente il sangue del donatore col siero del ricevente, e constatare se fra essi avviene la isoagglutinazione (e isoemolisi), senza bisogno di andare a determinare a che gruppo appartengono l'uno e l'altro, e quindi senza bisogno di avere a disposizione dei sieri dei gruppi II e III (ciò che non sarà facile in pratica): tanto più che il proposto donatore assai probabilmente apparterrà alla stessa famiglia del paziente e quindi facilmente allo stesso gruppo. Lee propose il suo metodo per i casi di trasfusione di guerra, e aveva già esaminato e divisi per gruppi gli uomini della sua ambulanza: determinava allora solo a che gruppo apparteneva il ferito e prendeva un donatore dello stesso gruppo. (*N. d. R.*)

DERMATOLOGIA.

Porpora, eritema nodoso ed eritema indurato di natura tubercolare.

(STOKES. *Am. Journ. of Med. Sciences*, CLVII, 2, 1919).

La tendenza dei recenti progressi della dermatologia porta a stabilire come alcune entità, elevate a forme morbose univoche, abbiano multipla etiologia. È oggi assodato quale grande parte rappresenti in questa etiologia la tubercolosi: Darier ha infatto creato il gruppo dei *tubercolidi*, che, pel tramite dell'eritema indurato, si riattacca all'eritema nodoso e alle dermatiti affini. La letteratura dei rapporti fra eritema nodoso e tubercolosi ricorda i lavori di Foenter, Nicola, De Blasi, Jacquervel, Cecicas, Chauffard, Sézary, Marfan, Brian, Landouzy. Landouzy pel primo ha trasmesso la tubercolosi alle cavie mediante inoculazioni di nodi d'eritema. Rosenow (1915) ha descritto un difteroide polimorfo gramnegativo quale agente causale dell'eritema nodoso. La sua tesi ha però vive obbiezioni.

L'A. riporta uno studio sulla questione, basato su 10 casi. Di essi 4 sono dimostrati rigorosamente di natura tubercolare, 4 fortemente sospetti e 2 non completamente studiati da poter essere definiti.

Dermatologicamente la differenziazione diagnostica di un eritema nodoso di origine streptococcica o difteroide da un lato, e tubercolare dall'altra, riesce difficile: e Stokes fornisce alcuni criteri di diagnosi differenziale dedotti dalla sua esperienza. Li riferisco brevemente:

Eritema nodoso streptococcico o da germe difteroide.	**Eritema nodoso tubercolare.**
Nodi più larghi, più edematosi e polposi, più tesi ed emorragici.	Nodi più piccoli, reazione periferica meno accentuata, emorragie meno visibili e sostituite o da semplice illividimento color porpora o da eritema.
Più grande involuzione dei tessuti superficiali. Distribuzione prevalente sulla faccia superiore delle estremità inferiori, specie ginocchi e gambe, e intorno alle grandi articolazioni.	Noduli più circoscritti e profondi. Può apparire su ambo le faccie delle estremità, ma preferisce localizzarsi posteriormente. Si può presentare in piccolo numero o gruppi di noduli su una o tutte e due le estremità inferiori o sulle braccia.
Le modificazioni di colorito sono meno accentuate che nella forma tubercolare. L'elemento bruno è specialmente dominante. Si sviluppa tipicamente come una contusione.	Il nodulo è più pallido al principio e progredisce nella colorazione fino a una tinta porpora o bleu, se persiste (come eritema indurato) rimane bleu, e può presentare una superficie bollosa e al disotto necrotizzarsi. I noduli possono presentare solo un mediocre eritema, che permane, non lasciando modificazioni di colore o solo una debole colorazione gialla, o possono esservene di incolori fra i nodi eritematosi, ricordando la tubercolosi nodulare dell'ipoderma di Wende.
Sintomi in generale più gravi, maggiore progressività, e in genere tutto il processo più acuto, con tendenza a limitazione spontanea del decorso.	Processo più indolente, lesioni meno o affatto dolorose, più persistente (dei mesi e anche più se vi sono reazioni infiammatorie). Di reale aiuto nella diagnosi è la concomitanza di indubbie lesioni tubercolari (tubercolidi).

L'esperienza dell'autore lo ha portato a una serie di indagini per svelare la tubercolosi nei casi di eritema nodoso.

A prescindere dalle comuni indagini anamnestiche, è di grande importanza il fatto che un inizio a tipo di reumatismo in questo gruppo di dermatosi, deve far pensare alla tubercolosi almeno altrettanto quanto ad una localizzazione streptococcica, non avendo alcun significato in contrario, per i casi in questione, i sintomi mialgici o artralgici. E poichè la concomitanza di una tubercolosi si traduce sempre con segni obbiettivi, l'esame completo accurato e ripetuto dell'ammalato viene in prima linea. Del resto è prezzo dell'opera quando si pensa a quale differente indirizzo terapeutico e grevezza prognostica si può arrivare.

Può aiutare in questi casi il richiedere l'opera

dello specialista. È certo grave, infatti, la leggerezza con la quale i medici trattano questi infermi.

Concludendo, lo Stokes dice che se oggi non ci sono fattori assolutamente probativi per asserire la *natura tubercolare* della porpora, dell'eritema nodoso e dell'eritema indurato, resta la osservazione clinica della grande concomitanza di queste dermatosi coll'infezione da b. di Koch. Se pure non sono da questo direttamente determinate, forse la stessa causa può produrre le une e sviluppare una tubercolosi altrimenti quiescente. Ma forse ancora più prossima al vero è l'idea che le lesioni di porpora ed eritema nodoso sono reazioni cutanee ad una distribuzione per via ematogena di bacilli tubercolari, in individui ipersensibili. Se la tubercolosi che ne segue è causa o sintomo non ha importanza.

Per ciò ogni caso di questa dermatosi deve spingere ad una indagine completa, valendosi di tutti i sussidi, e a continui riesami. Anche in presenza di localizzazioni piogeniche, il fattore tubercolare va messo in discussione.

Questa concezione, anche se applicata routinairemente, può portare grandi vantaggi.

Dall'eritema nodoso si passa, in una successiva fase, alle ulcerazioni e all'eritema indurato.

G. SABATINI.

CHIRURGIA.

Il problema dell'empiema.

(EMILIO G. BECK. *Surgery Gynec a. Obstetrics*, aprile 1919).

Le due epidemie di polmonite che hanno infierito negli Stati Uniti hanno reso purtroppo di attualità l'empiema, che, contrariamente a ciò che era avvenuto nelle epidemie precedenti, ha seguito con notevole frequenza la bronco-polmonite. Indubbiamente deve essersi trattato di una infezione di una varietà più virulenta. E anche le condizioni anatomiche dell'empiema sono state differenti: mentre nei casi precedenti, di regola, il sacco pleurico veniva trovato pieno di pus, nei casi attuali — e specie nell'epidemia del 1917, che è quella i cui dati sono più completi (l'A. leggeva questa memoria davanti all'Accademia di Chirurgia di Buffalo nel dicembre 1918) — molte volte si sono trovati dei recessi multipli, saccati, purulenti, e talora ascessi nella milza, nel fegato, nella cavità addominale: si sarebbe detta piuttosto una piemia con costante invasione pleurica.

Cerchiamo di trar partito dalla osservazione fatta per rispondere ad alcuni importanti quesiti.

1). VIRULENZA ED ALTA MORTALITÀ.

L'agente causale non è ancora definitivamente noto: si è parlato di un virus ultramicroscopico, di una speciale virulenta associazione del bacillo dell'influenza con lo pneumococco o con lo streptococco, di una maggiore suscettibilità di fronte a questo nuovo tipo di infezione. Un fatto che sembra indiscutibile è che sono stati, contrariamente a quanto sinora si era visto, maggiormente attaccati gli individui giovani e robusti; mentre non hanno presentato una maggiore suscettibilità gli affetti da asma, da bronchite cronica, da tubercolosi e gli alcoolisti. Ancora, è impressionante la quasi universale mortalità delle donne gravide.

La mortalità dipende molto dalla violenza dell'attacco iniziale. Vi sono stati dei pazienti che sono morti in 12 ore: e sembra più per difetto di ossigeno che per effetto tossico: i polmoni erano congesti al punto, che l'aria non poteva entrare negli alveoli e il malato moriva, in effetto, di soffocazione. D'altra parte, chi superava il primo attacco e sorpassava la prima settimana aveva molte probabilità di vittoria, ciò che trovava un'indice nell'innalzamento del numero dei polimorfonucleati.

Sembra certo, dall'esame batteriologico dei pezzi anatomici, che i pazienti non siano morti di influenza, o, meglio, per opera del bacillo dell'influenza di Pfeiffer.

2). DIAGNOSI PRECOCE DELL'EMPIEMA E SUA DIFFERENZIAZIONE DALL'ASCESSO POLMONARE.

Prescindendo dai dati forniti dall'esame fisico e dall'anamnesi, che sono ben noti, ci limitiamo a considerare i due mezzi diagnostici più moderni e più importanti: lo stereo radiogramma e la puntura esplorativa. (Nell'articolo sono inserite numerose e chiare riproduzioni di questi radiogrammi). Il primo ci pone dinanzi le seguenti diagnosi differenziali:

a) *Polmonite non risolta*: ombra densa corrispondente a uno dei cinque lobi, con il resto del polmone relativamente normale;

b) *Broncopolmonite in atto*: spesso invasi ambedue i polmoni; comunque, ombre di differente grandezza, sparse, intercalate da aree trasparenti;

c) *Liquido nella pleura*: il polmone è compresso verso l'ileo; un'ombra densa è accumulata nella parte più declive (e cambia di sede col mutare di posizione del malato), limitata in alto da una linea orizzontale, spesso sormontata da una zona di pneumotorace;

d) *Ascesso polmonare*: di diagnos difficile, può rimanere latente anche per anni, sia all'esame fisico, sia all'esame radiologico, data la

sua possibile piccolezza. Se si apre nel bronco e si ha la vomica, può esserne scoperta la presenza, ma la localizzazione può divenire anche più difficile, essendo le pareti collabite. L'ascesso tubercolare ha una parete distinta, e perciò molto più facilmente diagnosticabile, che quello da polmonite o da altre cause;

e) *Pneumotorace*. È riconoscibile assai facilmnte sia dai segni fisici che da quelli radiologici (assenza di qualsiasi ombra perchè il polmone è spostato);

f) *Tubercolosi polmonare avanzata*: il quadro radiologico è assai simile a quello della broncopolmonite e deve soccorrere l'anamnesi. Il processo tubercolare guarito dà una immagine caratteristica: polmone trasparente con sottili striature rispondenti ai bronchi, fiancheggiate da piccole ombre ben distinte dovute ai depositi calcificati.

Puntura esplorativa. Da farsi dopo la radiografia per scegliere la sede. Il pericolo consiste nel pungere polmone sano e quindi diffondere l'infezione: quindi non eseguire più di tre punture. Il pus può essere denso, quindi all'ago va ammessa una siringa per l'aspirazione; la quale, ritirando l'ago lentamente, va ripetuta a due o tre profondità. I risultati sono di grande valore diagnostico sia al semplice esame sia alla prova culturale.

3). TRATTAMENTO NON OPERATIVO.

L'introduzione di antisettici è stata per molto tempo proposta. Murphy suggerì l'uso di formalina in glicerina (2 %), che si suppone sterilizzi la cavità: sembra produca una chiusura più rapida dopo il drenaggio e, anche senza questo, ha dato buoni risultati negli empiemi postpneumonici e dopo la pleurite ordinaria, e non si comprende perchè non sia stata usata più largamente. Unica obiezione è che provoca dolore. Da non usare nei bambini e nei casi di origine tubercolare.

Molti hanno proposto le aspirazioni ripetute, ma l'A. non si convince che esse possono far evacuare tutto il liquido purulento, e allora finchè ne rimane v'è la malattia. Vorrebbe che i patrocinatori del metodo ne dimostrassero la efficacia con radiografie.

Non ha esperienze sulla vaccinoterapia. Parlarne qui sarebbe troppo lungo. Crede debba esser presa in considerazione.

4). QUANDO OPERARE.

Nelle epidemie suddette si è notato che nella pleura si raccoglie dapprima un liquido sieroso, che nelle successive punture va gradualmente assumendo il carattere purulento, ed è difficile stabilire quando possa trattarsi di un vero empiema. Comunque l'esperienza ha dimostrato che l'operazione precoce, quando ancora il liquido è sieroso, espone maggiormente a un decorso cronico e inoltre è pericoloso in sè. Tale pericolo è stato dalla Commissione per l'empiema attribuito alla formazione rapida di un pneumotorace: ma l'A. non crede essere questa una condizione così aggravante, perchè già dal liquido il polmone è stato collassato; egli pensa piuttosto alla abolizione della immobilizzazione del polmone, mentre è ancora in uno stato di infiammazione acuta e al fatto che l'atto operativo, per quanto semplice, apre la porta a un'infezione secondaria da parte di un liquido straordinariamente infettivo: di fatto è stato trovato che le culture dal sangue, prima sterili, divennero positive se il sangue stesso era preso 24 ore dopo l'intervento. D'altra parte sappiamo per esperienza che il pus, quanto più è ritenuto in un dato punto del corpo, tanto meno virulento e tossico diviene: in altre parole si fredda.

Concludendo, è molto più sicuro differire l'operazione a quando il liquido è divenuto nettamente purulento; sebbene sia permesso e anche consigliabile una limitata evacuazione allo scopo di sollevare i disturbi da oppressione.

5). SCELTA DELL'OPERAZIONE, ANESTESIA, DRENAGGIO.

L'operazione più semplice è da preferirsi. L'A. suggerisce quella seguita da Mac Kenna, e cioè la introduzione di un catetere attraverso un trequarti, aspirando poi da quello per mezzo di una siringa (se il pus è troppo denso introdurre prima del liquido di Dakin). È un'operazione che offre tanto pochi rischi quanto una puntura esplorativa; la ferita essendo piccola e il catetere aderendo ai tessuti, sono evitate al massimo le infezioni secondarie; l'evacuazione si può fare gradualmente, impedendo all'aria di entrare (un *klemmer* è posto all'esterno del catetere) e facendo riespandere gradualmente il polmone. Del resto, anche questo intervento non va fatto negli stati acuti perchè è sempre pericoloso far riespandere un polmone infiammato. Ancora non può dirsi se questo metodo dà una guarigione radicale, ma gli attuali rapporti sono finora assai favorevoli.

Il metodo del contro-drenaggio (Dohrmann). Usato dall'A. in 30 casi con solo una morte e non recidiva. Resezione di circa 3 centimetri, dell'ottava o nona costa posteriormente; incisione della pleura per un centimetro e mezzo, subito chiusa da un dito introdotto nella breccia; insinuare sulla guida del dito un *klemmer* curvo e spingere la punta di questo verso l'esterno della pelle anteriormente e in basso, nel punto più

declive; praticare qui, nello spazio intercostale, una contro apertura e servendosi del *klemmer* introdurre per questa facendolo uscire per la prima incisione, un catetere molle con 3-4 piccole aperture nel centro; introdurre nella prima apertura, sopra al catetere, un grosso tubo di gomma, fissarlo con punti alla cute, e, per mezzo di un collettore di vetro, collegarlo a un altro tubo che va a terminare in un recipiente che dreni il pus. Il tubo grosso è tolto dopo 4 giorni; il catetere rimane in posto per due settimane, dopo le quali viene sostituito da una fettuccia larga 7-8 mm., immersa prima in una soluzione 20 % di argirolo e che pure sporge da ambedue le aperture (viene introdotto assicurandone un capo a una estremità del catetere e quindi ritirando questo). Questo metodo è posto dall'A. in seconda linea rispetto a quello di Mac Kenna perchè non così semplice.

Riguardo al *drenaggio semplice,* che è finora l'operazione più comune, l'A. raccomanda che esso sia posteriore e nel punto più basso, preferibilmente alla nona costa o più in alto se il seno costo-diaframmatico è obbliterato. Deve esser posteriore perchè la sede più comoda è nel decubito e nella posizione seduta, e perchè espone meno alla formazione di seni fistolosi cronici. Il tubo di drenaggio non deve troppo protrudere nella cavità pleurica, per evitare la frizione del polmone contro di esso. I metodi di suzione per la riespansione polmonare, purchè fatti sistematicamente e non con forza eccessiva sono assai raccomandabili.

Quasi esclusivamente deve usarsi anestesia locale. Non è il caso di indugiarsi a descrivere la resezione costale: l'A. solo desidera consigliare una incisione cutanea curva, così da dare un maggior campo per i piani sottostanti.

6). CHIUSURA POSTOPERATORIA RAPIDA.

Che cosa fare per produrre la disinfezione e la chiusura del cavo pleurico nel più breve tempo possibile?

Il lavaggio con liquidi antisettici, dopo essere stato usato per molti anni, aveva subito una sospensione, quando Carrel lo rimise in onore col suo metodo. Il quale è tuttora *sub judice* e l'A. non ha grande esperienza in proposito. Uno dei più importanti vantaggi egli crede consista nella azione dissolvente sulle aderenze fibrinose, le quali spesso limitano delle cavità separate dal cavo principale, che altrimenti non potrebbero vuotarsi a meno di speciali manovre. Il futuro dirà della bontà del metodo: l'A. però fa notare che egli ha potuto promettere e ottenere la chiusura di un empiema in almeno 19 su 20 casi col semplice drenaggio, senza irrigazione: se questa potrà dare di meglio sarà il caso di seguirla. D'altra parte egli mette in guardia contro dei rapporti sfavorevoli, dovuti forse a una non rigorosamente esatta applicazione del metodo: chi vuole seguire il metodo di un altro deve attenersi scrupolosamente alle sue regole e non introdurvi delle modificazioni per suo conto. Ciò forse è da applicarsi anche al metodo dell'A. per trattare i seni fistolosi con la pasta al bismuto.

È appunto a quest'ultimo metodo che devono esser sottoposti i casi che non hanno tratto beneficio dagli altri. Dopo quanto ne ha scritto, l'A. non crede di entrare in proposito in dettagli: solo vuol fissare alcuni punti importanti. Intanto l'uso della pasta al bismuto può avere due scopi: diagnostico e curativo.

Rilievi diagnostici. Il modo migliore per esaminare le varie forme di empiema è di riempirli con pasta al bismuto e di prendere una serie di stereoradiogrammi, che ci daranno un quadro esatto delle dimensioni, situazione, profondità, rapporti della o delle singole cavità. L'introduzione di uno o anche di due cateteri può non corrispondere allo scopo. La pasta al bismuto può anche fornirci preziosi indizi quando esiste una comunicazione coi bronchi, ma in tal caso occorre andare con cautela, lentamente, e usando pasta liquida; e spesso la prova dovrà sospendersi a causa della tosse che essa provoca.

Se esiste un corpo estraneo, causa dell'ascesso, è necessario localizzarlo: e a ciò serve benissimo, anzi è quasi indispensabile, lo stereoradiogramma.

Posta una diagnosi anatomica soddisfacente, occorre accertare il carattere e la quantità della secrezione. Il colore del pus spesso dipende dalle sostanze usate nel trattamento. Del pus stesso sarà sempre fatto uno striscio e una cultura e, se è necessaria, una iniezione in cavie. L'A. ha trovato in quasi tutti i casi lo stafilococco, unito a questo nel 20 % lo streptococco; raramente il bacillo tubercolare. Rispetto a quest'ultimo, ha notato che nelle forme di origine tubercolare i bacilli, prima assenti, si trovavano in grande abbondanza dopo una iniezione con pasta al bismuto. Egli crede di spiegare ciò con la seguente teoria: i bacilli si trovano nella parete dell'ascesso; la pasta al bismuto provoca una forte leucocitosi in questa; i leucociti distruggono i bacilli e li trascinano nella secrezione.

Di fatto questi bacilli hanno degli speciali caratteri: più piccoli, riuniti come a catenelle di streptococchi, più colorabili. Egli però non ha una conferma di laboratorio di questa teoria.

Rilievi terapeutici. Il trattamento con la pa-

sta al bismuto è il più conservativo e insieme il più efficace di questi seni segreganti cronici. Ciò risulta non solo dall'esperienza dell'A., ma da numerosi altri rapporti pervenuti da altre parti, i quali, dopo una prova ormai di dieci anni, indicano che almeno 4 su 5 casi di vecchi empiemi suppuranti sono stati guariti con questo semplice processo. Prima del trattamento si prenderà una serie di stereoradiogrammi per mettere in evidenza, se è possibile, retrazioni polmonari, aderenze, pleure ispessite o corpi estranei se esistono. Quindi si inietta la cavità con una pasta di bismuto al 10 % in vaselina (prima usava una mistura al 30 %).

La preparazione della pasta è assai importante e l'A. ne dà una completa descrizione: per essa rimandiamo all'articolo originale.

Riempita completamente la cavità o il seno, si prende una nuova serie di stereoradiogrammi, che illustrerà le dimensioni esatte della cavità, i suoi rapporti, l'eventuale esistenza di tasche e loculazioni. Molti hanno l'idea che la pasta sia una sostanza riempitiva per obliterare uno spazio morto: ciò è un errore che può portare a serie complicazioni (intossicazione da bismuto). Essa invece deve rimanere 2-5 giorni, dopo i quali se non esce spontaneamente la si deve asportare per mezzo di un catetere connesso a una siringa aspiratrice.

Il trattamento non deve esser preceduto da irrigazioni. L'introduzione della pasta si farà con una siringa a becco lungo, mentre il paziente è in posizione tale che l'apertura del seno è al più alto livello, allo scopo di far uscire l'aria. Non sempre basta alla guarigione la prima iniezione; bisognerà ripeterla fino a che la secrezione da purulenta è diventata sierosa.

Se dopo un certo numero di iniezioni questa modificazione non avviene, bisognerà ricorrere a misure più radicali. Il trattamento va controllato con esami batteriologici ripetuti dalle secrezioni.

Cause della non chiusura. Perchè alcuni casi non rispondono al trattamento col bismuto? Quando si tratta di cavità di contenuto superiore ai 200 gm. la guarigione è meno facile; lo stesso dicasi per quelle comunicanti coi bronchi. Alcuni casi guariscono per 1-2 anni poi si riaprono; una nuova iniezione li fa richiudere per poi tornarsi ad aprire a lunghi intervalli.

Quanto ai fattori veri e propri di questa mancanza di chiusura possono indicarsi i seguenti: 1) Il tessuto polmonare retratto e infiltrato non è capace di riespandersi; 2) La pleura contiene ancora germi non raggiungibili con soluzioni antisettiche; 3) Presenza di corpi estranei; 4) Casi di ascessi polmonari, in cui è usuale la comunicazione col bronco, donde la reinfezione; 5) Molteplicità degli ascessi e loro difficile drenaggio; 6) La tubercolosi è la base fondamentale dell'ascesso.

Tenendo in mente questi varî fattori, il trattamento varierà da caso a caso cercando di togliere fin che è possibile la causa.

7). CHE COSA FARE NEI CASI SUPPURATIVI CRONICI PERSISTENTI AD ONTA DEL TRATTAMENTO?

Negli ultimi 7 anni l'A. ha usato per obliterare queste larghe cavità un metodo operativo che ritiene più semplice e meno pericoloso di quelli di Estlander e simili, e che si propone di trasformare la cavità suppurante in una superficie coperta da cute: è un'operazione di « scivolamento di cute » o di plastica.

Anestesia locale o generale. L'incisione della cute varia secondo i singoli casi: talora a Y così da avere tre lembi uno lungo e stretto due larghi e corti; talora a X così da avere 4 lembi cutanei.

Questi vengono sollevati con tutti i muscoli sottostanti, così da conservar loro una buona nutrizione fino al momento di applicarli.

Resezione del numero di coste necessario, ordinariamente da 3 a 5 (inclusa, di regola, la 3ª). Incisione obliqua della pleura dal seno (in cui è stato posto un catetere come guida) al punto più alto possibile. Ispezionata la cavità viene resecata la pleura parietale fino ai monconi restanti delle coste, ma non deve toccarsi nè la pleura viscerale nè la parietale sotto la I e II costa. Su quest'ultima viene trascinato per mezzo di un *klemmer* (che è bene lasciare in posto per 24 ore) il lembo cutaneo più lungo, dopo che da tutti i lembi stessi vennero tolti il grasso e i muscoli: detto lembo viene mantenuto da garza fittamente stipata. I due lembi più piccoli non richiedono speciale attenzione: vanno a posto da sè. Di solito non è necessaria alcuna sutura.

La medicatura va rimossa solo dopo 48 ore e con le precauzioni necessarie, perchè la garza asportata non trascini con sè il lembo cutaneo.

Dopo una settimana, di solito, la superficie priva di pelle è sufficientemente coperta di granulazioni. Si applicano allora tutt'attorno, lungo il bordo della superficie cruenta, delle striscie di cerotto, larghe 1 cm. 1/2 o 2 cm., che coprano il bordo cutaneo e la superficie granulante. Queste, che vanno poste a ogni seconda medicatura (nelle medicature intercorrenti si porrà della garza semplice dopo tolto il cerotto) mantengono le granulazioni allo stesso livello della cute, e facilitano grandemente la rigenerazione

epiteliale. Che si abbia una vera rigenerazione di epitelio l'A. ha potuto dimostrare con esami microscopici.

Ad illustrazione del metodo egli cita la storia clinica di due casi.

Questo trattamento è ancora nella strada di sviluppo e senza dubbio sarà perfezionato. Esso offre certo grandi vantaggi sulle altre operazioni. Basti dire che non occorrendo suture esso è compito nella metà di tempo circa: l'operazione è terminata proprio quando ci aspetteremmo di avere il più grande lavoro da fare ancora.

Conclusioni.

1. Il trattamento dell'empiema, attraverso la insorgenza di nuovi tipi, è divenuto un problema nuovo, e data la sua straordinaria frequenza richiede una revisione e una modificazione dei suoi metodi;

2. Un trattamento corretto dei primi stadi preverrà la maggioranza dei seni cronici suppurativi;

3. Quando, ad onta di qualsiasi trattamento, persistono dei seni, la pasta al bismuto, se applicata correttamente, eliminerà circa l'80 % di questi casi;

4. I restanti possono esser guariti con l'operazione di plastica cutanea secondo la tecnica sopra descritta.

Sebastiani.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Studio sperimentale sull'uso di innesti di omento nella chirurgia addominale.

(W. L. Finton, M. M. Peet; *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, sett. 1919).

Rubin così conclude un suo studio sulle funzioni dell'omento: « L'utilità di quest'organo dipende dal potere che ha di formare aderenze, di assorbire prodotti tossici e di distruggere corpi estranei colla fagocitosi; può comportarsi come un meso fissando i visceri e provvedendoli del necessario afflusso di sangue; se viene distaccato dalle sue connessioni cade in necrosi e diviene inutile ». Parecchi chirurgi adoperano usualmente il grande omento per rinforzare linee di sutura che chiudono perforazioni intestinali. Alcuni preferiscono portare l'omento sul viscere, altri, come ad es. Binne, si dichiarano favorevoli all'uso di innesti di lembi omentali liberi, perchè sostengono che l'omento fissato a un viscere può dar luogo facilmente alla formazione di un'ernia interna. Fowler consiglia, in base agli esperimenti di Senn, di cruentare con scarificazioni la parete intestinale prima di applicarvi l'innesto. Charles Mayo dopo una colecistectomia, per impedire la formazione di aderenze fra lo stomaco o il duodeno e il fegato, interpone l'omento e lo sutura al legamento sospensore; egli afferma che gli innesti omentali liberi presto cadono in necrosi e vengono assorbiti, ma durano quel tanto che basta allo scopo pel quale furono usati. Veramente negli esperimenti di Sweet, Chavey e Wilson, degli innesti liberi applicati sopra suture intestinali, furono rinvenuti in sito intatti dopo due settimane. Freeman, basandosi sulla sua esperienza clinica, raccomanda l'uso di innesti omentali liberi, oltre che per tutti gli scopi già riferiti anche come mezzo emostatico in caso di emorragie di visceri parenchimatosi endoperitoneali. Davis confermò coll'esperimento le conclusioni di Freeman, e vide che operando in condizioni di accurata asepsi, è possibile di far attecchire innesti liberi anche del diametro di cm. 7.5. Vi son tuttavia numerosi problemi ancora non risolti soddisfacentemente intorno a questa questione e alla risoluzione di essi sono rivolti gli esperimenti degli autori.

Esperimenti.

1ª *Serie*. — Esperimenti eseguiti in condizione di asepsi:

a) Per stabilire quale sia il comportamento degli innesti di lembi omentali liberi e quale sia lo spessore e la superficie di essi più favorevole al loro attecchimento. Questi innesti venivano fissati su un tratto di parete intestinale normale. I cani venivano sacrificati in periodi di tempo variabili da due settimane a sei mesi.

b) Per stabilire se le condizioni di vascolarizzazione dell'innesto influenzano la sua vitalità. I lembi di omento venivano sezionati fra due legature e così i vasi dell'innesto rimanevano pieni di sangue.

c) Per stabilire se le scarificazioni della superficie peritoneale, sulla quale si deve impiantare l'innesto, favoriscano l'attecchimento.

d) Per stabilire la migliore tecnica per fissare l'innesto. (Seta e catgut di varie dimensioni e qualità. Diversi modi di suturare l'innesto).

2ª *Serie*:

a) Per stabilire il comportamento di un innesto omentale libero in condizioni di probabile sepsi. Gli innesti erano impiantati su soluzioni di continuo dell'intestino suturate alla Lembert.

b) Per stabilire il potere dell'innesto di impedire la diffusione di materiale settico. Gli innesti venivano impiantati su soluzioni di con-

tinuo chiuse con soli punti di avvicinamento o non chiuse affatto.

3ª *Serie.* — Per stabilire quale sia il mezzo migliore per impedire la formazione di aderenze intorno all'innesto. L'innesto veniva ricoperto di vasellina, olio di paraffina, o lavato con soluzione fisiologica calda, dopo essere stato suturato all'intestino. Il margine cruentato del grande omento era accuratamente ripiegato in dentro.

4ª *Serie.* — Per stabilire quali sieno i visceri o le formazioni più adatte per l'applicazione e l'attecchimento degli innesti (stomaco, intestino, fegato, milza, peritoneo parietale).

RISULTATI DEGLI ESPERIMENTI.

Gli AA. hanno riscontrato che in ambiente sterile un lembo distaccato di omento sopravvive sopra qualsiasi organo endoaddominale.

La maggiore o minore superficie dell'innesto non ha nessuna importanza, come pure che i vasi siano pieni o vuoti di sangue.

Ha importanza invece lo spessore: innesti sottili sopravvissero meglio di quelli di grande spessore, specialmente se questi erano forniti di abbondante tessuto adiposo. Le scarificazioni della superficie che deve accogliere l'innesto non si dimostrarono in alcun modo utili, anzi dannose. Pochi punti di seta sottile ai quattro angoli si dimostrarono il miglior mezzo per fissare in posto l'innesto.

Gli innesti sopravvissero sempre quando furono impiantati sopra soluzioni di continuo dell'intestino chiuse con suture alla Lembert.

Quando furono impiantati sopra perforazioni chiuse imperfettamente con qualche punto di avvicinamento o non chiuse affatto, mostrarono alterazioni patologiche e cioè apparivano densamente infiltrati e privati del tessuto adiposo che prima contenevano. Riuscirono però, per lo meno in un primo tempo, a impedire il diffondersi dell'infezione, ma presto la loro azione venne completata dalle aderenze che, intorno all'ansa perforata, formarono il grande omento e le altre anse intestinali.

Nessuno dei mezzi usati riuscì a impedire la formazione di aderenze, specialmente per parte del grande omento. Gli innesti attecchirono su tutti i visceri addominali, come pure sul peritoneo parietale.

INDICAZIONI SULL'USO DEGLI INNESTI OMENTALI.

Oltre che per tutti gli scopi già detti, gli innesti omentali servono bene in una colecistectomia per coprire il moncone del dotto cistico, per occludere temporaneamente il piloro, per impedire la formazione di aderenze peritoneizzando aree denudate di peritoneo dopo l'asportazione di tumori o dopo una colecistectomia.

Certo gli innesti liberi non sopravvivono in ambiente settico, ma almeno servono a impedire il diffondersi dell'infezione finchè non si siano stabilite aderenze. Gli innesti liberi presentano il grande vantaggio di essere facilmente fissati in qualunque punto della cavità addominale. Se si fissa invece l'omento a un'ansa intestinale, esiste sempre il pericolo, che viene evitato coll'uso di innesti liberi, che qualche ansa si strozzi intorno all'omento.

L'uso degli innesti liberi si dimostra anche utilissimo in casi di trombosi dei vasi mesenterici o di ulceri tifose, nei quali si temono delle perforazioni quando per il gran numero di esse o per l'estensione dell'area colpita non si può affondarle.

TECNICA.

L'innesto deve essere preso dal margine libero del grande omento, il margine cruentato di questo deve essere ripiegato in dentro. L'innesto, che deve essere sottile, viene accuratamente disteso sopra la zona lesa, i bordi arrotolati, e viene fissato in sito con qualche punto di seta sottile.

CONCLUSIONI.

L'uso di innesti omentati liberi, è sempre preferibile eccetto che in ambiente settico. Questi lembi di omento si possono impiantare su tutti i visceri addominali.

Le indicazioni sono le seguenti: proteggere linee di sutura, impedire il formarsi di aderenze, dominare emorragie, occludere il piloro, coprire il moncone del dotto cistico, rinforzare il peritoneo in punti che minacciano di perforarsi. La tecnica è facile e l'intervento si può compiere in breve tempo e producendo un molto lieve trauma. In ambiente sterile l'innesto sopravvive almeno 6 mesi inalterato.

a. m.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 5 dicembre 1919.

L'azione dell'olio di Mugo in terapia.

E. MORELLI. — Il prof. Morelli accenna all'olio di Mugo (essenza di Pino Pumilio) per la sua proprietà di mascherare gli odori. Se in una camera dove un malato è obbligato a defecare si spargono poche goccie di olio di Mugo o meglio si versano 10-15 goccie dell'essenza nel vaso

prima della defecazione, quasi non si avverte più l'odore fecale.

Data l'importanza del guaiacolo per l'applicazione epidermica nella cura della tubercolosi polmonare, e dato che i malati si ribellano a tale via per l'odore caratteristico del medicamento che svela la malattia, l'A. ha unito l'olio di Mugo al guaiacolo (guaiacolo cristallizzato gr. 35 - olio di Mugo gr. 15) e ha ottenuto di alterare, diminuire notevolmente l'odore caratteristico. L'A. ha anche usato con ottimo risultato l'olio di Mugo per inalazione in casi di ozena fetido: l'odore può scomparire immediatamente e dopo poche inalazioni o meglio nebulizzazioni.

E pure resta diminuito o sopportabile l'odore nelle bronchiti fetide spargendo dell'olio di Mugo nella camera e nel contempo facendo fare al paziente delle inalazioni.

Osservazioni intorno ad alcune recenti ricerche nel campo delle secrezioni interne.

A. PATTA. — L'A. espone, con considerazioni critiche, le nuove vedute di E. Gley sulla dottrina delle *Secrezioni interne*, discutendo intorno ai metodi più convenienti per l'accertamento di ipotesi tuttora controverse, in base anche ad osservazioni personali.

Rapporto fra reazione di semi di Strofanto con acido solforico, e loro attività biologica.

A. PATTA. — Allo scopo di chiarire il significato e l'importanza della nota reazione che i *semi di strofanto* danno con $H^2 SO^4$, e quindi di accertarne l'utilità per il giudizio farmacognostico della droga, l'A. ha studiato comparativamente su diversi campioni di semi il comportamento della reazione anzidetta, ed il grado dell'attività biologica (sul cuore di rana).

Dai risultati ottenuti l'A. non intende derivare nessuna conclusione di ordine generale, riservandosi di estendere ad un numero più notevole di partite di semi di strofanto le proprie ricerche. Nei campioni fino ad ora saggiati non risulterebbe parallelismo di comportamento fra la reazione con $H^2 SO^4$ e la reazione biologica: infatti si dimostrarono attivissimi tanto i preparati ottenuti da semi che presentavano nettamente positiva la reazione chimica, quanto semi vecchissimi per i quali detta reazione era negativa, o lievissimamente positiva.

Note di morfologia clinica. Il segno del cordone e la asimmetria dell'angolo epigastrico nell'emiplegia organica.

BINDA P. — L'A. in base ad una serie di osservazioni sistematiche eseguite con speciali accorgimenti di tecnica, ha riscontrato, negli emiplegici, una deviazione costante dell'apofisi ensiforme e della cicatrice ombellicale ed una asimmetria dell'angolo epigastrico. Tale deviazione varia, nella sua direzione, a seconda della forma e dello stadio di sviluppo delle manifestazioni emiplegiche ed è sempre rivolta verso il lato relativamente ipotonico.

La costanza del reperto e gli speciali caratteri riscontrati dall'A. dimostrano l'esistenza di modificazioni di tono nella muscolatura del tronco dal lato emiplegico.

Le ricerche dell'A., mentre arricchiscono, mettendo in evidenza un nuovo sintomo, la nosografia della emiplegia organica, portano un contributo che può essere considerato definitivo alla dibattuta questione della compartecipazione dei muscoli del tronco alla paralisi emiplegica.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'albuminuria cardiaca.

Varie sono le forme di albuminuria cardiaca, che si possono presentare; oltre a quella legata alla stasi renale e a quella della nefrite interstiziale, che sono le più frequenti, vi sono le albuminurie per nefrite subacuta concomitante alla malattia cardiaca, e quelle in cui la nefrite ha preceduto la malattia cardiaca. (Ch. Fiessinger. *Journal d. Praticiens*, 25 ott. 1919).

Albuminuria da stasi. — Bisogna ricorrere al trattamento causale, cioè curare la dilatazione delle cavità destre. Si prescriverà anzitutto il riposo in letto per una diecina di giorni; il regime idrolatteo di riduzione (gr. 500-750 di latte con altrettanta acqua, per i primi giorni, poi latte puro: 1000-1500 gr. dal 7° al 10° giorno).

Si userà la teobromina per un mese (2 cartine di 30 cgr. al giorno) e la digitalina (5 goccie della soluzione a 1 ‰) per dieci giorni, interrompendo poi per tre giorni, e riprendendo per altri dieci.

L'albuminuria permane spesso in quantità variabili, senza compromettere il funzionamento renale, a meno che non sopravvengano altre cause infettive o tossiche (sifilide, alcoolismo, ecc.).

Albuminurie della nefrite interstiziale. — Se il cuore è debole, seguire la medicazione precedente, altrimenti prescrivere la sola digitalina a titolo preventivo (5 goccie al giorno, per 3 giorni la settimana). Lassativi frequenti, e, se l'urea nel sangue oltrepassa 1 gr., applicare ogni 15

giorni sei ventose scarificate alle reni. Regime latto-vegetariano ipoclorurato.

Albuminuria per nefrite sopraggiunta. — Quando la nefrite dipende dall'endocardite infettante, il trattamento va rivolto soprattutto alla malattia che domina la scena. Talvolta invece si stabiliscono nefriti acute, senza che la lesione cardiaca sia in causa. In tali casi il trattamento va rivolto specialmente al rene. Talvolta però la diagnosi è malagevole, come p. e. di fronte ad una dispnea, che potrebbe essere d'origine cardiaca o renale.

L'urea del sangue non è sempre aumentata; i cloruri, però, filtrano male; durante la notte si ha grande agitazione.

Sarà sufficiente prescrivere il riposo a letto ed il regime idrolatteo di riduzione, per vedere in pochi giorni un notevole miglioramento. Rimane tuttavia l'albuminuria dipendente dalla lesione renale.

Albuminurie anteriori alla lesione cardiaca. — Rientra nel quadro precedente; anche qui si dovrà studiare la parte di influenza di ciascuno dei due organi (cuore e rene) in modo da poter indirizzare a dovere la cura.

fil.

Sulla diagnosi differenziale tra fenomeni aortici basedowiani e nevrosici, e fenomeni aortici in basedowiani e nevrosici.

Cantelli O. (*Rif. med.*, n. 35, anno 1919) passa in rassegna i principali fatti, che possono servire alla diagnosi differenziale, dopo aver dimostrato quali siano le varie difficoltà, che si possono bene e spesso riscontrare per giungere ad una diagnosi giusta Poichè, se da un lato, l'età giovine del paziente, il sesso, la mancanza di malattie antecedenti, capaci di produrre aortiti, i manifesti segni basedowiani o nevrosici, possono renderla facile; dall'altro, progresse forme morbose infettive, l'età avanzata dell'infermo, l'uso fatto di sostanze capaci di ledere l'aorta, la presenza della lue, e. nelle donne, l'avvicinarsi dell'età in cui per solito avviene la soppressione delle regole, possono rendere anche impossibile la diagnosi differenziale. Per facilitarla in certi casi, l'A. ricorda uno speciale comportamento della temperatura, sia o no febbrile, e del numero dei battiti cardiaci, rilevato in alcuni basedowiani e nevrosici da Gallavardin. Difatti, si può osservare, in qualcuno di essi, più elevata la temperatura al mattino che nelle altre ore del giorno, in modo ch'essa, indipendentemente da qualche innalzamento, diminuisce man mano, sino a diventar minima sulla sera tardi. Inoltre si può, insieme col fatto precedente, riscontrare un numero di battiti cardiaci maggiore al mattino ed in letto, che in tutte le altre ore del giorno, sino a contarne il minor numero alla sera ed in piedi. Ricorda inoltre il comportamento dell'aorta nei basedowiani, nei quali tende ad allargarsi coll'aggravarsi dei sintomi, ed a restringersi col migliorare di quelli (Folly); ricorda infine la presenza possibile ed accertata da lungo tempo, di rumori sistolici e diastolici. Cita poi brevemente un suo caso in cui per parecchi mesi si notarono dei fenomeni speciali a carico dell'aorta ascendente, fenomeni che facevano pensare ad una dilatazione aneurismatica, accompagnata da insufficienza valvolare. In esso, poi, la scomparsa totale di segni aortici, avvenuta, in certo modo, indipendentemente da qualsiasi cura e senza che l'ammalata modificasse il suo regime di vita, rappresenta uno dei più validi argomenti per la discussione della diagnosi differenziale. Però, siccome i sintomi possono durare un tempo più o meno lungo, tempo, che non può in nessun modo essere determinato a priori, e siccome non si può neppure affermare ch'essi debbano scomparire tutti insieme, così appare ragionevole, non potersi attendere per fare la diagnosi, il ritorno dell'aorta alle condizioni normali. In caso poi che si trattasse di persone, affette contemporaneamente da lesione aortica, da lue e da alterata funzione delle glandule a secrezione interna, sarà necessaria non solo una diagnosi rapida; ma anche una diagnosi etiologica discriminativa per i singoli fenomeni, affine di poter giungere ad una cura razionale. E difatti l'A. fa rilevare, che in certuni di questi casi, l'uso dello jodo e del mercurio può essere controindicato.

L'A. poi, a proposito del suo ammalato e di altri analoghi, che, quantunque assai raramente, pur tuttavia si possono riscontrare nella pratica comune, pensa che, per giungere ad una diagnosi esatta, si debba tener conto, in caso, sia di un preesistente stato neuropatico, sia, e specialmente, dei fatti locali aortici. Ricorda perciò i segni della pseudo-angina pectoris, mettendo in evidenza quelli, che, quantunque non debbano essere ritenuti come caratteristici, sarebbero tuttavia, secondo lui, più proprî della pseudo-angina basedowiana.

Mette poi innanzi le difficoltà che s'incontrano nell'assegnare a ciascuno dei fattori (aortite, morbo di Flajani, nevrosi), quando essi si riscontrino insieme, la speciale importanza che ognuno di questi può acquistare nella produzione di un dato accesso anginoso. Infine, dopo aver ricordato alcuni segni indiretti che possono o no far escludere una lesione aortica, come il fenomeno di Plesch, il comportamento incostante della pressione e del polso sia nei periodi normali sia durante l'accesso, egli attira, in ispecial modo, l'attenzione dello studioso sul comportamento dei toni. Ed

anzi afferma, in seguito ad osservazioni proprie, che, nelle donne, il comportamento dei toni aortici, vario non solo durante i periodi di benessere e durante gli accessi, ma addirittura normale durante l'efflusso sanguigno mensile, accompagnato o no da notevole benessere generale e da diminuzione della pressione, deve essere considerato come segno di gran valore per escludere un'alterazione dell'aorta ascendente.

A. S.

Manifestazioni estrasistoliche in seguito alla somministrazione dei derivati dello strofanto.

Ch. Laubry e M. Leconte (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, maggio 1919) osservano come non si credesse, che la somministrazione dello strofanto e dei suoi derivati potesse produrre un ritmo bigemino, come la digitale. Somministrando la strofantina Vaquez e Lutenbacher non ne avevano osservato alcun caso. Crispolti (1) però asserisce di aver visto un ritmo bigemino e trigemino in seguito all'iniezione di strofantina e lo stesso Lutenbacher in un malato con lesione mitralica vide che un'iniezione di uabaina determinò l'insorgenza di un ritmo bigemino che scomparve dopo un'iniezione di atropina.

Più recentemente Simici di Bucarest riferisce un caso di bigeminismo consecutivo ad iniezione endovenosa di strofantina e Laubry e Leconte riscontrarono un fatto analogo in seguito alla iniezione di uabaina e di estratto di strofanto. Nel caso riportato da questi ultimi autori si trattava di un malato con doppia lesione aortica in periodo di scompenso, al quale dopo alcuni giorni d'ingresso nel reparto furono praticate per tre giorni consecutivi rispettivamente milligrammi 0,25; mgr. 0,50; mgr. 0,50 di uabaina per iniezione endovenosa. Un'ora dopo la terza iniezione constatarono la presenza di un netto ritmo bigemino. L'osservazione dei tracciati da essi riportati, mostra trattarsi in questo bigeminismo di estrasistoli ventricolari. Il giorno appresso il ritmo bigemino era però scomparso. Dopo 5 giorni fu praticata allo stesso malato una iniezione endovenosa di gr. 0,002 di estratto di strofanto Dausse e rapidamente riapparve lo stesso bigeminismo, questa volta persistente per nove giorni, malgrado un'iniezione di 0,0015 di solfato d'atropina, praticata il giorno appresso. In questo caso non si tratta di un bigeminismo di natura puramente nervosa, non essendo esso stato influenzato dall'atropina. Devesi perciò ritenere di origine miocardica e precisamente in rapporto alla dilatazione ventricolare, come nel bigeminismo digitalico. Questa dilatazione restò nel caso in parola pressochè uguale sia prima della somministrazione dei preparati, che dopo, forse perchè l'alterazione miocardica impediva di rispondere utilmente a questi cardiotonici. Le contrazioni anormali muscolari per il loro carattere estrasistolico e consecutivo allungamento diastolico contribuiscono a conservare la dilatazione cardiaca e favoriscono così il loro ritorno periodico e durevole. E questo non rappresenta soltanto un segno di saturazione del miocardio, onde è controindicata la continuazione di una cura cardiotonica, ma rappresenta altresì l'indice di una profonda lesione miocardica; ciò che rende il prognostico grave.

CESETTI.

(1) *Policlinico*, Sez. medica — Giugno 1909, n. 6.

La stricnina nei disturbi circolatori.

La stricnina agisce sulla circolazione sanguigna, eccitando direttamente il centro vasomotore. (O. Schiffner. *Med. Klinik*, sett. 1919).

Essa eccita contemporaneamente anche il centro respiratorio e il centro del vago, e diminuisce la sensibilità dolorifica per azione centrale.

L'efficacia della stricnina è quasi immediata. Essa reca gran giovamento in tutti i disturbi circolatorî causati da paralisi vasomotoria: nel shok operatorio, nel collasso degli avvelenati, nella debolezza vasomotoria che si manifesta nel corso di malattie infettive acute. La stricnina, anche per la sua azione contemporanea sul centro respiratorio, si è dimostrata un rimedio ottimo nella cura delle broncopolmoniti influenzali e delle polmoniti in genere.

pol.

La canfora nelle miocarditi croniche.

1). Canfora rasa . . . . . . } ana gr. 2
Lecitina . . . . }
Olio di mandorle dolc . . . . . gr. 20

In fialette da un cmc. — Sterilizzare. — Da iniettarne 1-2 per giorno.

2). Tintura di strofanto . . . } ana gr. 15
Id. di noce vomica. . }
Canfora rasa . . . . gr. 2

10-20 goccie 2 volte per giorno; interrompere per una settimana ogni 15 giorni.

3). Canfora rasa. . . . . . } ana gr. 3
Estratto di adonis vernalis }
Id. di valeriana. . . . . . gr. 2
Polvere di licopodio . . . . q. b.

M. div. in 30 pill. ug. — 2-3 per giorno.

(*Marfori*). *l. b.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1074) *Preparazione di soluzioni d'acido picrico.* — All'abbonato 10022:

L'acido picrico (trinitro fenolo) è esplosivo soltanto quando è in sostanza, ed anche in tal caso occorrono particolari condizioni, quali l'urto forte, la presenza di impurezze, specialmente, ossidi, piombo, calce, riscaldamento improvviso ad alte temperature. Allo stato di soluzione esso è invece innocuo: si scioglie bene appunto in alcool, glicerina, nè v'è da temere che il gruppo NO_3 si combini con la glicerina per dare nitroglicerina. Nulla di pericoloso vi è dunque nella miscela di Camescasse, che si può preparare bene senza alcun timore, sciogliendo 50 cg. di acido picrico in 20 gr. di alcool ed aggiungendovi poi 20 gr. di glicerina: in tal modo la soluzione si fa più agevolmente ed è più limpida che non usando il miscuglio alcool-glicerina.

FILIPPINI.

(1075) All'abbonato 10701:

Possiamo consigliare Duclaux, L'Igiene sociale, F.lli Bocca ed.: Calliano, Soccorsi d'urgenza, Manuali Hoepli.

Per le proiezioni può chiedere alla Clinica malattie del lavoro (Istituti Clinici di Perfezionamento) a Milano: direttore prof. Devoto; se non potrà ottenere a prestito le diapositive, avrà certamente consigli ed utili indicazioni in proposito. Per la film di propaganda sulla tubercolosi, si rivolga al prof. A. Ranelletti (Lungo Tevere Mellini, 17, Roma), che appunto ne ha ideata e composta una che è stata proiettata qui ed altrove.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenutii in dono alla Redazione).

G. FRANCESCHINI. *Le malattie sessuali.* Manuale Hoepli, quarta edizione. Milano, 1920. — L. 6.50.

Il manuale del Franceschini, che in tre lustri raggiunse la quarta edizione, espone in forma piana e concisa a studenti e medici non specialisti le cognizioni teoriche e pratiche più moderne nel campo della venereo-sifilografia. Numerose aggiunte — sulle uretriti semplici, la sifilide tardiva dei genitali interni femminili, la Wassermann, le radicoliti luetiche, ecc. ecc. — arricchiscono questa nuova edizione, facendone un trattatello assai pratico da consultare, relativamente completo e indiscutibilmente moderno; veramente prezioso, dunque, dato che purtroppo manca ancor oggi un'opera italiana clinico-didattica di sifilografia.

R.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FERRERI GHERARDO: Lesioni traumatiche di guerra della laringe in rapporto alle alterazioni funzionali fonetiche e respiratorie. — Roma 1919,

PIAZZA CESARE V.: Il problema terapeutico dell'influenza. — Palermo 1919.

RAFFAELLI GIOVANNI: Assistenza, morbilità e mortalità del lattante con speciale riferimento alla provincia di Bergamo. — Bergamo, 1919.

DE SANCTIS CARLO: Ferite del cranio e del cervello. — Roma, 1918.

DE SANCTIS CARLO: Contributo alla conoscenza della genesi dei movimenti coatti. — Influenza degli eccitamenti afferenti. — Siena, 1919.

DE VECCHIS BENIAMINO: Le fonti scientifiche della moderna stomatologia. — Napoli, 1919.

LASAGNA: La otorinolaringoiatria durante la guerra e nel dopo guerra. — Borgo San Donnino, Salsomaggiore, 1919.

SAMAYA NINO: Emboli polmonari settici nell'influenza emorragica. — Bologna, 1919.

GIORDANO DAVIDE: Considerazioni sopra un caso di maschio pseudo-ermafrodita esterno, e sulla indecenza, in tale circostanza, di una colpoplastica. — Venezia, 1918.

LEONE SALVATORE: La lotta contro il tracoma e la profilassi visiva nella provincia di Siracusa. XIV Relazione. — Siracusa, 1919.

CASTALDI LUIGI: Dati sull'alimentazione di guerra in Austria e considerazioni sul problema dell'alimentazione ridotta. — Firenze 1918.

Ai nostri lettori

siamo lieti di annunziare che l'illustre clinico Augusto Murri si è compiaciuto di onorare il nostro periodico con un altro dei suoi dotti e lucidi scritti: « *Dei medici futuri* ».

Lo pubblicheremo nel 1° fascicolo di SEZIONE MEDICA del prossimo 1920 già in preparazione.

—o—

☛ **Gli associati alla sola SEZIONE PRATICA che non vogliano rinunziare alla lettura di tale importante lavoro si affrettino a rimettere alla nostra amministrazione, mediante cartolina vaglia, il relativo importo in L. 2.50, o le aggiungano al prezzo d'abbonamento pel 1920, se questo non è stato da essi ancora inviato.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito dello sciopero dei medici.

L'articolo del dottor *Pangloss* apparso nel numero 37 della Sezione Pratica del « Policlinico », è teoricamente giustissimo. Medico e sciopero sono due termini antitetici.

Ma siccome lo spunto all'articolo è dato da un fatto di cronaca — l'intenzione a scioperare di alcuni gruppi di medici — ed il riferimento è evidente ai medici condotti ed ospedalieri, sia lecito ad un interessato chiarire le cose.

Nelle Sezioni e lungamente al Congresso dei medici condotti in Ancona si è discusso sullo sciopero. Nessuno però, e ne fan fede i verbali, ha mai pensato all'astensione del lavoro e al rifiuto di prestar le cure ai pazienti.

È perciò che l'esempio di Lipsia è fuori luogo, mentre si attaglierebbe l'esempio della Leipziger Verband che forte di più di 25 mila associati « nelle sue lotte contro le Casse di assicurazioni si servì ora dello sciopero, ora del boicottaggio, vincendo quasi sempre e dovunque ». (« Policlinico », Sezione Pratica, anno 1914, pagina 1696).

Lo sciopero come lo pensano i medici condotti sarebbe un poco come quello avvenuto a Dalmine. Contro il padrone non contro la produzione: contro l'Ente non contro l'ammalato. Essendo i Comuni obbligati a provvedere al servizio sanitario gratuito pei poveri, non lo potranno che con medici liberi, dove potranno; o coi medici condotti, i quali divenuti liberi pel fatto dello sciopero, applicherebbero le tariffe degli Ordini con una spesa per le Amministrazioni molto più forte della solita.

Difficoltà pratiche a parte, un simile sciopero sarebbe davvero tanto riprovevole?

Dott. ENNIO TOGNOLI, *medico condotto*.
Trebbo di Reno (Bologna).

Cronaca del movimento professionale.

Il gruppo parlamentare sanitario.

Alla Camera dei deputati si sono riuniti i medici deputati per discutere sulla costituzione di un gruppo parlamenatre.

Sono intervenunti gli on. Morisani, Pietravalle, Capasso, Dore, Cirincione, Caminiti, Colella, Faranda, Costa Gesualdo, Sgobbo, Bianchi Vincenzo, Evoli, Capolari, Pezzullo, Paparo, Ciotti, Falbo, Anile. Altri hanno inviato la loro adesione.

Dopo una importante discussione preliminare alla quale hanno partecipato gli on. Morisani, Evoli, Capasso, Cirincione, Pietravalle, Bianchi Vincenzo, Faranda ed altri, è stato dichiarato costituito il gruppo sanitario parlamentare, cui potranno iscriversi i deputati chimici, farmacisti e veterinari.

Il gruppo propugnerà la soluzione di tutti i grandi problemi della politica sanitaria, la igiene sociale ed assistenza e la difesa delle classi sanitarie che continuano a versare in penose condizioni economiche, dopo la mirabile opera di disciplina e di apostolato compiuta durante la guerra.

Sono stati nominati, presidente provvisorio, l'on. Dore e segretario l'on. Capasso.

Il gruppo si riunirà presto per iniziare i suoi lavori.

I medici condotti della provincia di Roma dal Prefetto.

Presentata dal comm. avv. Lorenzo Blasi, è stata ricevuta dal Prefetto di Roma, grande ufficiale dottor Zoccoletti, una Commissione, delegata dai Medici condotti della Provincia di Roma, allo scopo di far presente il grave disagio materiale e morale, in cui versa la classe benemerita, in conseguenza delle attuali critiche condizioni dell'economia nazionale; e per sollecitare quindi l'adozione da parte dei varii Comuni, di provvedimenti valevoli a migliorare la presente insostenibile situazione dei medici-condotti, mediante accettazione dello schema di capitolato, testè deliberato dal Consiglio professionale.

Il comm. Blasi, illustrando i varii *desiderata* della classe, insistè specialmente sul dovere legale della limitazione del servizio sanitario ai poveri, e sulla necessità che gli stipendi siano elevati in relazione al maggior costo della vita. Propose poi che allo scopo di riuscire a una possibile amichevole intesa con gli enti locali, nei capoluoghi di Circondario, i sotto-prefetti prendessero l'iniziativa di riunioni fra i medici-condotti e i rappresentanti delle Amministrazioni comunali.

Il Prefetto gr. uff. Zoccoletti, riconoscendo la fondatezza delle rimostranze e la giustizia delle richieste della classe, e ricordate le recenti circolari in tal senso del Ministero dell'Interno, pro-

mise tutta la sua benevola collaborazione e il suo autorevole appoggio, perchè i medici-condotti, nell'interesse stesso del pubblico servizio presso gli enti locali, possano conseguire i miglioramenti desiderati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8070) *Indennità caro-viveri - Aumento dello stipendio.* — Dott. I. S. da M. B. Poichè Ella presta servizio presso due Enti pubblici locali, compresi nell'àmbito della circoscrizione municipale, ha diritto ad una sola indennità caro-viveri ripartibile fra i due Enti in proporzione dello stipendio da ciascuno corrisposto. Se il Comune ed il Consorzio han deliberato concederle l'aumento del 30 % sullo stipendio, potrà pretenderlo da entrambe le Amministrazioni, altrimenti occorrerà ricorrere alla G. P. A. perchè provveda di ufficio, come è stabilito dalla circolare del Ministero dell'interno del 10 ottopre ultimo, n. 20400.

(8071) *Aumento di stipendio.* — Dott. R. M. da B. Il decreto Reale del 16 ottobre 1919, numero 1960, non è aplicabile ai medici condotti come tassativamente dichiara la circolare del Ministero dell'interno del 15 ottobre ultimo, numero 15700. Ad essi è, invece, applicabile il disposto dalla circolare del 10 ottobre stesso anno, n. 20400, secondo cui la G. P. A. è investita di facoltà di concedere loro non solo gli aumenti di stipendi stabiliti per gli impiegati governativi, ma anche altri, tenuto conto della potenzialità dei bilanci, delle particolari esigenze locali e della coesistenza di altre fonti di lucro professionale. Gli aumenti che saranno conceduti avranno decorrenza dal 1° ottobre. Con il decreto del 19 giugno 1919, n. 973, fu concesso agli impiegati governativi un aumento di stipendio di lire 1200 annue.

(8072) *Esercizio della odontoiatria.* — Dottor L. S. da A. Chi è laureato in medicina e chirurgia può ben esercitare l'odontoiatria, senza bisogno di speciale diploma, che furono da tempo soppressi.

Doctor JUSTITIA.

AVVERTENZA:

I quesiti pervenuti successivamente a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel I° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 5 gennaio 1920. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro. *La Redazione.*

CONDOTTE E CONCORSI.

FERRIERE (*Piacenza*). — A tutto il 15 gennaio condotta della 1ª e 2ª zona (ab. 4379 e 2154); L. 6000 con 4 sessenni del decimo per non oltre 1500 poveri; L. 1800 per cavale; L. 400 per l'ambulatorio comunale nel capoluogo; L. 400 allo uff. san. Età limite 45 anni. Servizio entro 15 giorni dalla nomina.

Medico chirurgo, reduce guerra, ottimi titoli con pratica ospitaliera, maternità, chimica e microscopica clinica e pratico del servizio di condotta assumerebbe subito buon interinato condotta, non frazionata, preferibilmente se sulla ferrovia o con tramvia elettrica. Scrivere: Consoli Mavilla Giuseppe, Mascalucio (Catania).

Medico chirurgo praticissimo, sei anni esercizio professionale, parte in Ospedali e parte in condotta, desidererebbe condotta medica, paese possibilmente marittimo o in pianura, o posto di assistente in qualche Ospedale. — Scrivere: Dottor Antonino De Bella - S. Lucido Marina (Cosenza).

Diffide e boicottaggi.

La Sezione dei Medici Ospitalieri della Prov. di Pavia il 10 dic., su relazione del presidente dott. Pezza, ha votato un ordine del giorno nel quale, in attesa che siano espletate le pratiche pel boicottaggio dei posti di direttore e di assistente dell'Ospedale di Stradella, attesta ai colleghi prof. Masnata e dott. Boselli la piena solidarietà per la rivendicazione del loro leso diritto e invita tutti i colleghi ad attenersi alla disciplina della solidarietà di classe, diffidandoli dall'occupare sotto qualsiasi titolo i posti suddetti.

La Sezione Modenese A. N. M. C. diffida il concorso di medico condotto a Mondicreto per il tenue stipendio assegnato al medico e per la tariffa imposta, che è inferiore a quella dell'Ordine dei medici. Invita per ciò tutti i colleghi a non concorrere od a ritirare i documenti, se hanno concorso.

Il Consiglio direttivo della Sezione Ferrarese dell'A. N. M. C. diffida il concorso per tre posti di medico condotto nel Comune di Coppare e precisamente per le due condotte del capoluogo e per quella di Ceccanile, per i seguenti motivi:

1. Perchè l'indennità per mezzo di trasporti (bicicletta o cavallo) non corrisponde ai minimi convenuti dalla Sezione colle rappresentanze dei Sindaci;
2. Perchè non è concesso alcun aumento periodico;
3. Perchè non è concessa alcuna addizionale per ogni povero oltre i 1000.

Si pregano i colleghi che eventualmente avessero già concorso a voler ritirare i documenti presentati e mettersi in corrispondenza col Consiglio direttivo di questa Sezione. Si invitano infine, tutti i colleghi, per atto di protesta contro il Commissario Regio di quel Comune, che si era verbalmente impegnato a pubblicare il concorso con norme rispondenti ai desiderata della classe e precisamente con L. 2000 per indennità cavallo, a non accettare supplenze se non con la diaria di L. 40, non compreso il mezzo di trasporto.

NOTIZIE DIVERSE.

Le onoranze a Guido Baccelli.

Il 28 dicembre, nella sede dell'Associazione fra i Romani, si è tenuta la prima riunione plenaria del Comitato nazionale per le onoranze a Guido Baccelli. Numerosi ed eletti gli intervenuti.

Essendo il prof. Ascoli impegnato a presiedere l'Accademia medica, assunse la presidenza Ettore Ferrari, che salutò con nobili parole gl'intervenuti, e disse della fondazione del Comitato dando la parola al segretario generale Romolo Artioli, che illustrò ampiamente la fervida opera svolta finora dalla Giunta esecutiva, particolarmente nella preparazione di un concreto, maturo programma di onoranze degne dell'uomo, e che si svolgerà in due tempi: il 12 gennaio p. v. ed in seguito. Espose questo programma, lesse l'epigrafe redatta dalla Giunta esecutiva e che il Comune ha accolto e sta facendo eseguire in marmi antichi, mostrò le fotografie del busto di Guido Baccelli, che il Municipio diede incarico di scolpire al cav. Enrico Tadolini, e che è pronto. Annunziò il discorso commemorativo di Alberto Bergamini, e i convenuti approvarono pienamente, senza discussione, tutto ciò.

L'Artioli lesse poi i nomi dei prescelti a costituire il Comitato generale e quello d'onore, e comunicò lo statuto-regolmento del Comitato, che si ebbe anch'esso l'approvazione dell'assemblea.

E dopo l'approvazione di una proposta del professor Piero Bacchetti per un manifesto alla cittadinanza, e di un'altra del prof. Francesco Orestano perchè il Comitato assumesse il titolo di nazionale, su proposta dell'ing. Edgardo Negri, l'assemblea, per acclamazione, confermò in carica la Giunta esecutiva. Essa restò quindi così costituita: presidente, prof. dott. Vittorio Ascoli; vice-presidenti: prof. Ettore Ferrari e comm. Franco Liberati; segretario generale, prof. Romolo Artioli; consigliere di finanza, comm. V. E. Bianchi; consiglieri: dott. Mario Poce, Enrico Ballerini, on. Italo Carlo Falbo, prof. Alberto Tonelli, Riccardo Marcelli comm. Severino Attili, cav. Ferruccio Ambrosi e Gaetano Lani.

Onoranze alla memoria di Achille De Giovanni.

Il 9 dicembre 1916, cinque giorni dopo aver dettata l'ultima sua lezione clinica, moriva il prof. Achille De Giovanni, senatore del Regno.

La Facoltà Medica di Padova ha fin d'allora deliberato di erigergli una lapide nell'Istituto, del quale Egli fu per ben 37 anni altissimo vanto e decoro.

Il Comitato per la erezione di una lapide monumentale è costituito dai professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Padova, ed è presieduto dal prof. Luigi Lucatello, clinico medico di Padova.

Un grande busto in bronzo, generosamente donato, ornerà la lapide. Le Scuole Mediche Italiane e quanti sono studiosi di medicina interna vorranno certamente associarsi alla dimostrazione di omaggio e di reverenza al grande estinto contribuendo a questo ricordo perenne che dirà ai giovani il valore di una vita consacrata alla scienza, al patriottismo e al dovere, e segnalerà ai medici di ogni tempo, nell'ambiente stesso donde irradiò la sua luce, l'insigne assertore della Morfologia del corpo umano come fondamento della Patologia e della Clinica.

Adesioni e vaglia devono essere indirizzati al prof. A. Berti, aiuto della R. Clinica Medica, Ospedale civile, Padova.

Commemorazione del prof. Bonardi.

Nella sala del Padiglione di accettazione dell'Ospedale Maggiore di Milano è stato commemorato il prof. Edoardo Bonardi, di cui un ritratto era stato collocato alla parete di fronte agli intervenuti, con una magnifica corona offerta dall'Ospedale di Lucca, ove il Bonardi fu per varii anni direttore e primario.

Parlarono il presidente del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Ospedalieri, il dott. Clerici, il dott. Romagnoli e il dott. prof. Torchio.

Il Clerici tratteggiò tutta l'opera scientifica del Maestro, seguendone lo svolgimento da quando, laureato in chimica e scienze naturali, giovanissimo, teneva una modesta cattedra presso una scuola secondaria di Pavia, e successivamente, laureatosi in medicina, e ottenuta la libera docenza in patologia e clinica medica, si conquistava la più alta stima del prof. Grocco, fino alla sua assunzione alla direzione dell'Ospedale di Lucca, e in tutto il periodo successivo, quale primario dell'Ospedale Maggiore di Milano e docente di medicina sociale.

Il dott. Romagnoli, venuto da Lucca, portò il saluto di quella città; disse dell'opera del Bonardi come riorganizzatore di quell'Ospedale, come studioso geniale e apprezzatissimo clinico.

Il dott. prof. Torchio lumeggiò in particolare le qualità del Bonardi come docente.

Indice alfabetico per materie.

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXVII uscirà il 5 gennaio 1920.

(69) - Roma - 1920 - Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *resp.*
(30)

Offerte agli associati a prezzi di eccezionale favore.

D' imminente pubblicazione :

Prof. RINALDO MARCHESINI
docente d'Istologia e di Tecnica microscopica nella R. Università di Roma.

COMPENDIO DI EMATOLOGIA

È un riassunto delle attuali cognizioni riferentesi al sangue normale e patologico, con tavole sinottiche che chiariscono la derivazione, i rapporti, il valore dei diversi elementi del sangue. Vi sono inoltre tracciate le varie malattie del sangue — le diverse forme parassitarie — le proprietà dei sieri, con la tecnica appropriata per la ricerca di tutto ciò che si può presentare di patologico nel siero e nei corpuscoli sanguigni.

Un piccolo vocabolario ematologico fa seguito al lavoro, con richiami nel testo, che facilita il ricordo e la significazione dei numerosi e vari nomi dati alle cellule del sangue, nei vari stadî di maturazione e di alterazione patologica, facendo rilevare la sinonimia di una stessa cellula, designata variamente a seconda dei vari Autori.

Due tavole illustrative mostrano le varie forme cellulari che possono far parte di un reperto sanguigno, e le forme di alterazione patologica che vi si possono riscontrare.

Quest'opera, che il chiaro Autore ha preparato esclusivamente per i nostri abbonati, riuscirà indiscutibilmente di grande vantaggio sia agli studenti che ai medici pratici.

Un volume in-16° grande, di circa 200 pagine, con 74 figure e relative spiegazioni, su due tavole in fototipia:

In commercio L. 10 - Per gli associati al POLICLINICO sole L. 6, franco di porto e raccomandato.

Recentissima pubblicazione:

Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA, Pareggiato di Patologia speciale medica dimostrativa nella R. Università di Roma.

L' esame degli organi del petto e dell' addome

con particolari indicazioni sull'esame obbiettivo in differenti forme morbose e figure schematiche nel testo.

In questo libro, la cui diffusione si è in pochi giorni larghissimamente iniziata, l'A. ha riunito, con lucida e ordinata esposizione, e a scopo essenzialmente pratico, le norme per l'esame obiettivo e funzionale degli organi interni, secondo l'esperienza acquisita in molti anni del suo affollatissimo Corso pareggiato universitario. L'utilità del libro è resa più evidente dalle nozioni di Anatomia Clinica, illustrate da figure schematiche, che precedono in ogni capitolo; e dagli speciali paragrafi sul modo come rilevare l'obbiettività in differenti forme morbose. È perciò una vera Guida, comoda anche pel suo formato, pel Medico pratico e per gli studenti. A questi ultimi è molto consigliabile pel nuovo anno universitario.

Volume in 16°, di pag. 254, corpo 8. È in commercio per L. 9; ma possiamo, per particolare combinazione, offrirne ai nostri abbonati un limitato numero di copie, a L. 7,50 ciascuna, franco di porto.

Altre interessantissime pubblicazioni:

Prof. Cav. GIACINTO QUARTA, libero docente di patologia speciale medica nella R. Università di Roma

VADEMECUM DELLA INFERMIERA IN CASA E NEGLI OSPEDALI

Seconda edizione accuratamente riveduta ed ampliata = Un volume di circa 285 pagine, riccamente illustrato
Prezzo Lire 5. — Per gli abbonati al « Policlinico » sole Lire 4 (franco di porto e raccomandato).

Dott. M. CAMPEGGIANI, Capitano medico, assistente onorario nella R. Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma.

La diagnosi della Sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Fu giudicata una pubblicazione interessante e che si legge volentieri, uno studio clinico e medico-legale della sordità, di utilità scientifica e pratica. È una guida preziosa alla diagnosi della sordità. — Volume in 8° grande, di circa 100 pagine, con una tavola. In commercio al prezzo di L. 4. Ai nostri associati si spedisce per sole L. [illegible] franco di porto e raccomandato.

Prof. VALENTINO BARNABÒ.

I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.

Data la notevole importanza dell'argomento, trattato esaurientemente in questa estesissima monografia, in cui sono riassunte le più moderne nozioni anatomiche, istologiche, cliniche e sperimentali, ed esposte le svariate ricerche e le concezioni personali dell'autore, ci siamo procurati, certi di far cosa gradita ai nostri abbonati, il mezzo di offrire a condizioni vantaggiose un libro indispensabile non solo per chi si occupa di Patologia speciale chirurgica, ma altresì per chi studia la Patologia in genere delle malattie infettive.

Un volume in-8° grande, di pag. XVI-922; in commercio **L. 20**, pei nostri associati sole **L. 12**, franco di porto e raccomandato.

Prof. LUIGI MANGINELLI, Docente di Patologia Medica e Aiuto Medico negli Ospedali di Roma.

La diagnosi delle malattie dello stomaco e dell' intestino ai raggi X.

Un volume in-8° grande, di pag. XIII-254, ricco di 121 illustrazioni e di una completa bibliografia, in commercio **L. 8**, per i nostri associati **L. 6,75** franco di porto

---

Dott. Ernesto Tramonti, della Clinica delle malattie nervose della R. Università di Roma.

Condizioni Etiologiche delle malattie Nervose infantili (studio clinico).

Volume in-8°, di circa 200 pagine, in nitida veste tipografica.
In commercio **L. 6** più le spese di spedizione, per i nostri associati sole **L. 4.50**, franco di porto e raccomandato.

---

per sole L. 8,00 | C. BRUNETTI, Docente di Patologia Chirurgica nella R. Università di Roma.

Le cisti e i Neoplasmi del Mesentere.

SOMMARIO: Parte I. **Nozioni generali**. — Parte II. Etiologia, Patogenesi, Anatomia patologica. — Parte III. Clinica delle cisti e dei neoplasmi. — Volume in-8° grande, di 359 pagine, con 11 figure, che è in commercio al prezzo di **L. 10.**

per sole L. 13,00 | A. NEISSER e I. IADASSOHN

Malattie della Pelle

Traduzione italiana dall' originale tedesco, con note ed aggiunte del Dott. V. Montesano, docente nella R. Università di Roma. Volume in-8° grande, di 752 pagine, con 52 figure intercalate nel testo, che è in commercio al prezzo di L. 18.

Per l'acquisto di quanto sopra, inviare Cartolina-Vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI — Via Sistina, 14 - ROMA